

DE LA CONDUITE A TENIR

DANS LES CAS DE

PLACENTA PRÆVIA

CONCOURS D'AGRÉGATION

SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

Membres du Jury :

Président : M. RICHET.
Juges : MM. VERNEUIL.
A. GUÉRIN, *membre de l'Académie de Médecine.*
PANAS.
LANNELONGUE.
TARNIER.
HERRGOTT, de Nancy.
HEIDENREICH, de Nancy.
TERRILLON, *agrégé.*

Candidats :

CHIRURGIENS

AUGAGNEUR.
BARETTE.
BRUN.
DE LAPERSONNE.
DENUCÉ.
MARGUES.
GANGOLPHE.
JALAGUIER.
NÉLATON.
PICQUÉ.
POUSSON.
SCHWARTZ.
TRUC.
VAUTRIN.

ACCOUCHEURS

AUVARD.
BAR.
GERBAUD.
MAYGRIER.
RÉMY.

DE LA

CONDUITE A TENIR

DANS LES CAS DE

PLACENTA PRÆVIA

PAR

Le Dr A. AUVARD



PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

0 1 2 3 4 5 (cm)

INTRODUCTION

I

DÉFINITIONS

Le placenta est dit *prævia*, quand il s'insère sur un point quelconque de la voie utérine, que le fœtus doit suivre pour arriver au dehors des organes génitaux.

Placenta prævia est synonyme d'insertion vicieuse du placenta.

Il y a quatre variétés de placenta prævia :

1° *Le placenta prævia central.* — Le centre du placenta correspond à l'orifice interne de l'utérus.

2° *Le placenta prævia partiel.* — Un point quelconque du placenta, intermédiaire entre son centre et son bord, correspond à l'orifice interne de l'utérus.

3° *Le placenta prævia marginal.* — Le bord du placenta effleure l'orifice interne de l'utérus.

4° *Le placenta prævia latéral.* — Le bord du placenta est à une faible distance de l'orifice interne.

La fréquence est progressivement croissante de la première variété à la quatrième. — Le placenta prævia central est très rare; quelques accoucheurs nient même son existence. — Le placenta prævia latéral est le plus commun.

Certains auteurs, particulièrement en Allemagne, divisent les placentas prævia en deux catégories :

1° *Le placenta prævia central* comprenant :

Le central proprement dit,
Le partiel.

2° *Le placenta prævia latéral* comprenant :

Le marginal,
Le latéral.

Cette division est peut-être en effet plus clinique que la précédente.

La première étant la plus adoptée en France, c'est à elle que nous nous en tiendrons. Nous n'avons pas à discuter ici la valeur respective de ces diverses classifications, mais à expliquer le sens des mots que nous emploierons.

Pour les insertions centrale, partielle, marginale, du

placenta, la définition est nette et ne demande aucune explication ; il n'en est pas de même pour la *latérale*.

Quand le placenta inséré dans le voisinage de l'orifice interne est-il prævia? Quand l'insertion en s'éloignant de cet orifice cesse-t-elle d'être vicieuse? En d'autres termes,

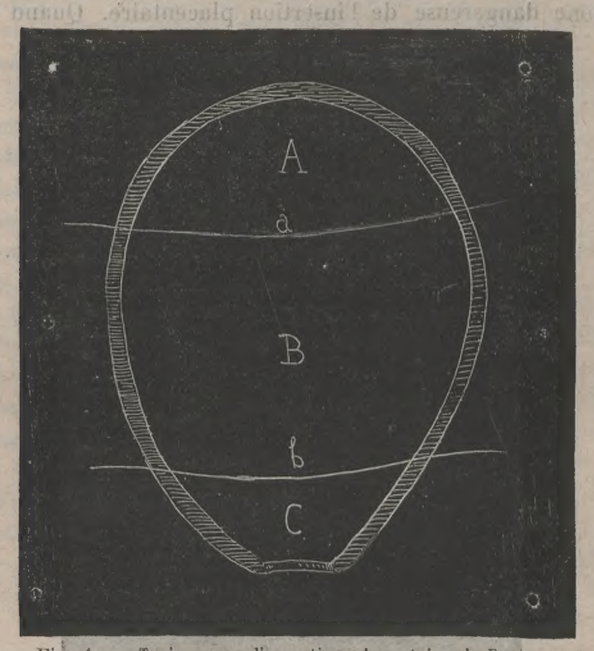


Fig. 1. — Trois zones d'insertion placentaire de Barnes.

quelles sont les limites entre l'insertion normale et l'insertion vicieuse du placenta?

A ces différentes questions, nous laisserons Robert Barnes répondre. — Voici les idées de l'éminent accoucheur anglais sur ce point[1] :

L'utérus peut être divisé en trois zones par deux

1. Barnes. Leçons sur les opérat. obstétric. Trad. Cord., 1873, p. 387.

plans perpendiculaires à son axe. — Ces deux plans le coupent suivant deux cercles : le cercle polaire supérieur (fig. 1, a), le cercle polaire inférieur (fig. 1, b).

Toute la zone utérine inférieure, toute la surface comprise au-dessous du cercle polaire inférieur constitue la zone dangereuse de l'insertion placentaire. Quand le

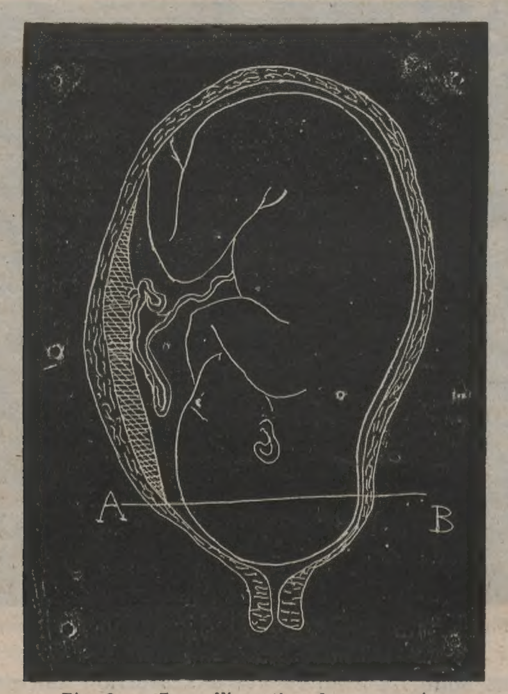


Fig. 2. — Zone d'insertion dangereuse[1].

placenta y prend insertion dans une étendue plus ou moins considérable, il est prævia.

Or, il s'agit de déterminer la situation exacte de ce cercle polaire inférieur.

1. Les fig. 1 et 2 sont empruntées à M. Bitot, Th., Paris, 1880.

La figure 2 rendra l'explication facile.

Prenons la partie la plus large de la tête fœtale, représentée ici par la ligne AB. Plaçons cette tête dans l'utérus en présentation du sommet comme l'indique la figure. — Toutes les parties de l'utérus situées au-dessous de la ligne AB seront obligées, pour laisser passer le fœtus, de subir un mouvement d'expansion, d'ouverture. Toutes celles, au contraire, situées au-dessus resteront indemnes.

Si sur une tête fœtale, de volume ordinaire, on détermine la plus grande circonférence de la tête fléchie, celle qui correspond à la ligne AB, et qu'on mesure la distance qui sépare un point quelconque de la circonférence au point le plus déclive du sommet (c'est à tort, il nous semble, que Barnes dit à la protubérance pariétale), on trouve en moyenne 76 mill.

Quand on place la tête en présentation du sommet, c'est donc à 76 mill. environ de l'*orifice interne* qu'il faudra faire passer un plan ou tracer un cercle, si on veut déterminer la région où se trouve la plus large circonférence de la tête.

Or ce plan, représenté par la ligne AB sur la figure 2, n'est autre chose que le cercle polaire inférieur. — Le cercle polaire inférieur est donc un cercle tracé dans le segment inférieur de l'utérus, à 76 mill. de l'*orifice interne;* pour éviter les millimètres, nous dirons 8 cent.

Partant de ces données, nous appellerons *placenta prævia latéral, celui dont le bord inférieur se trouve de* 1 *à* 8 *cent. de l'orifice interne de l'utérus.*

Comment par le toucher peut-on distinguer ces différentes variétés? Il importe de considérer deux cas, suivant que le col est ou n'est pas effacé.

1° *Le col n'est pas effacé.* — (Orifice interne plus ou moins perméable.)

a. *Placenta prævia central.* — On ne sent que les cotylédons placentaires.

b. *Placenta prævia partiel.* — Mêmes sensations.

c. *Placenta prævia marginal.* — Le doigt arrive sur le bord du placenta.

d. *Placenta prævia latéral.* — A moins de pénétrer dans la cavité utérine, le doigt n'arrive que sur les membranes plus ou moins rugueuses.

2° *Le col est effacé.* — (Degré variable de dilatation.)

a. *Placenta prævia central.* — Le doigt sent les cotylédons placentaires sans pouvoir atteindre les membranes.

b. *Placenta prævia partiel.* — Le doigt arrive d'habitude sur le bord du placenta, on peut d'un côté sentir les cotylédons, d'autre part le sac membraneux. Quelquefois cependant, on a les mêmes sensations que dans le placenta prævia central.

c. *Placenta prævia marginal.* — Le doigt, à moins de pénétrer profondément, ne peut sentir ni le placenta ni son bord qui a accompagné l'orifice interne dans son retrait.

d. *Placenta prævia latéral.* — Il est impossible, à moins d'introduire la main dans l'utérus, d'arriver jusqu'au placenta.

II

GROSSESSES VAGINALES ET CERVICALES

Il n'a été question jusqu'ici que de l'œuf greffé dans l'intérieur de la cavité utérine; l'œuf était normalement situé, l'insertion du placenta était seule mauvaise, vicieuse.

Nous arrivons à un autre ordre de faits dont nous devons ici dire quelques mots; nous voulons parler des grossesses vaginales et cervicales.

Ces grossesses existent-elles? Si oui, quelle part faut-il leur réserver dans notre sujet?

1° *Grossesses vaginales.*

Il n'y a, en réalité, qu'une observation authentique sur cette variété de grossesse, c'est celle de Noel, publiée dans le *Journal de Médecine* de 1779, page 55. L'auteur rapporte qu'une jeune femme ayant une hernie du vagin (cystocèle) devint enceinte et qu'il fut appelé près d'elle, alors que les eaux étaient écoulées depuis la veille; il y avait procidence du cordon. L'enfant se présentait de dos, les pieds et la tête étaient situés transversalement au-dessus des pubis.

Le fœtus était mort; Noël put aller chercher les pieds et fit l'extraction.

L'enfant paraissait à terme.

Le placenta, qu'il décolla ensuite, se trouvait dans la

même cavité située au-dessus du pubis, où il avait rencontré les pieds.

La délivrance terminée, l'opérateur remarqua qu'il subsistait dans l'abdomen une tumeur volumineuse sphérique. Croyant à un second enfant, il va à sa recherche.

Mais il ne put trouver d'orifice.

La malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on vit que la tumeur était formée par le corps de l'utérus si dur et si squirrheux qu'on ne put l'ouvrir qu'avec un grand couteau de cuisine et à coups de marteau. Le col fermé n'avait ni cicatrice ni déchirure. Le vagin était très distendu et sa paroi antérieure était, dans sa partie supérieure, épaisse, vasculeuse, avec un grand nombre de franges.

Dugès [1], dans son *Manuel d'accouchement*, dit que Wrisberg a vu le placenta greffé sur le haut du vagin. Nous n'avons pu retrouver ce cas de Wrisberg dont la provenance n'est pas indiquée.

Le fait de Noël ne peut suffire pour établir la réalité de la grossesse vaginale; nous la laisserons donc de côté.

2° *Grossesses cervicales.*

L'œuf peut-il s'implanter dans la cavité du col utérin de même que dans la cavité du corps?

Nous trouvons ici quatre ordres de faits qu'il importe de nettement distinguer les uns des autres :

1° Le placenta prævia s'insère seul partiellement vers la partie supérieure du col, alors que tout le reste de l'œuf est dans la cavité utérine.

1. Ant. Dugès. Manuel d'obstétrique ou Traité de la science et de l'art des Accouchements, 3e édit. Montpellier, Paris, 1840, p. 196.

2° L'œuf, inséré primitivement dans la cavité du corps de l'utérus, pousse un prolongement en sablier dans la cavité du col, mais sans contracter d'adhérences dans cette dernière cavité.

3° Même disposition que dans le cas précédent, mais l'œuf contracterait des adhérences dans le col; il se formerait un véritable placenta cervical.

4° L'œuf s'implante primitivement dans la cavité du col et s'y développe sans pénétrer dans la cavité du corps de l'utérus.

Voyons chacune de ces variétés et ce qu'il faut en penser.

1° *Le placenta prævia s'insère seul partiellement vers la partie supérieure du col, alors que tout le reste de l'œuf est dans la cavité utérine.* (Grossesse normale avec prolongement cervical du placenta.)

Mme Lachapelle est très affirmative sur ce point (*Pratique des accouchements*, t. II, p. 350). Outre l'insertion centrale, partielle, marginale, elle admet l'insertion intra-cervicale ; et elle montre (obs. XII) comment : « dans le col de l'utérus se voyaient les traces de l'insertion du placenta prolongée en arrière et caractérisée par l'ecchymose *des surfaces et le développement des tissus utérins.* »

Jacquemier (1839) (*Recherches sur l'utérus en gestation*) dit qu'il n'y a là rien d'invraisemblable.

M. Pinard [1] a trouvé, dans une autopsie faite à la Maternité, les détails suivants : « Ectopie placentaire, variété intra-cervicale, avortement à cinq mois environ, mort, autopsie.

1. De la grossesse cervicale, par A. Thévenot. Mémoire extrait de l'Union médicale, 3e série, année 1881, p. 17.

L'autopsie fut incomplète, mais je pus examiner l'utérus. Après une section médiane autéro-postérieure de l'organe, on put voir que l'insertion placentaire avait eu lieu sur le segment inférieur et à droite. Elle n'était pas centre pour centre, mais différait de l'insertion marginale ordinaire en ce que le relief du disque placentaire s'étendait dans la cavité cervicale. On retrouvait des sinus remplis de sang coagulé et des débris de vaisseaux jusqu'à deux centimètres de l'orifice externe à droite. »

M. Tarnier aurait vu des cas semblables.

Cette variété semble donc nettement démontrée.

2° *L'œuf, inséré primitivement dans la cavité du corps de l'utérus, pousse un prolongement en sablier dans la cavité du col, mais sans contracter d'adhérences dans cette dernière cavité.* (Grossesse cervicale secondaire sans adhérences au niveau du col.)

Rokitansky [1], en 1860, trouvait à l'autopsie de deux femmes, l'une de vingt-deux ans, l'autre de dix-sept, une petite tumeur siégeant dans le canal cervical et rattachée au fond de l'utérus par un pédicule de 1 cent. 1/2 dans un cas, de 5 centimètres dans l'autre.

L'examen montrait qu'il s'agissait d'une poche amniotique remplie seulement de liquide et revêtue d'une caduque réfléchie. Le pédicule, par sa structure, pouvait être considéré comme représentant la caduque inter-utéro-placentaire.

Rokitansky reconnut qu'il s'agissait là d'un avortement arrêté dans sa marche par le pédicule. L'œuf continua à se développer grâce à ce pédicule jusqu'au moment ou l'intolérance du col amena l'expulsion. L'auteur donna à ce processus le nom de *grossesse cervicale secondaire*.

1. Mémoire de Thévenot, p. 4.

Schulein[1], en 1878, mentionna trois cas analogues observés à la Clinique de Berlin, et il conclut à un arrêt dans l'avortement, car selon lui il n'y a pas lieu de croire à l'hypothèse impossible du développement primitif de l'œuf dans le col.

En discutant ces observations à la Société de Médecine, Veit, Martin, Ebell, dirent avoir observé plusieurs cas semblables.

Cette variété de grossesse cervicale secondaire n'est donc autre chose qu'une forme spéciale d'avortement, mais on n'est en aucune façon autorisé à en faire une variété distincte de grossesse.

3° *L'œuf, inséré primitivement dans la cavité du corps de l'utérus, pousse un prolongement dans la cavité du col et contracte des adhérences dans cette dernière cavité.* (Grossesse cervicale secondaire avec adhérences au niveau du col.)

Cette variété de grossesse est basée sur deux observations :

a. L'une de Sackreuter et Mettenheimer[2]. Il s'agit d'un avortement de trois mois environ. Le produit expulsé représentait un sac ayant la forme de la cavité utérine, véritable caduque éliminée comme dans la dysménorrhée membraneuse.

En un point, la paroi se déprimait et formait un pédicule tubulé qui traversait le sac par une déchirure au pôle opposé et qui portait suspendu un œuf. Tous les points de cet œuf, en contact avec la muqueuse du col, présentaient des villosités choriales nombreuses ; tandis que celles-ci avaient disparu dans la zone répondant à l'invagination du pédicule.

1. Mémoire de Thévenot, p. 6.
2. Mémoire de Thévenot, p. 11.

b. L'autre de PAJUSCO[1] (1re de son mémoire).

Quoiqu'elle soit considérée par l'auteur comme un cas de grossesse cervicale primitive, sa place nous semble plutôt ici.

En effet, dans cette observation due a KEPPLER, de Berlin, il s'agit d'une femme de 26 ans, chez qui on avait porté d'abord le diagnostic de polype ; quelque temps après, elle faisait un avortement de trois mois. Le Dr Keppler, appelé à ce moment, constata un orifice externe largement dilaté et un orifice interne permettant d'introduire le doigt jusqu'au fond de l'utérus normal. On pouvait suivre un cordon mince qui, partant du fond de cet utérus, aboutissait au point du canal cervical où manifestement était inséré le placenta.

Ces deux observations ne sont pas suffisamment explicites pour établir d'une façon nette l'existence de cette variété de grossesse cervicale secondaire, qu'on est autorisé, jusqu'à plus ample démonstration, à considérer comme problématique.

4° *L'œuf s'implante primitivement dans la cavité du col et s'y développe sans pénétrer dans celle du corps de l'utérus.* (Grossesse cervicale primitive.)

Dans un mémoire publié en 1880, le professeur PAJUSCO[2], de Catane, donne trois faits presque identiques et tendant à faire admettre la grossesse cervicale primitive.

Dans tous, en effet, on avait constaté un col très volumineux avec un corps normal à l'état de vacuité.

L'avortement au troisième mois s'est fait spontanément dans l'observation IV ; dans deux cas (observations II et III), le mauvais état de la femme a nécessité la provocation de l'avortement à la même époque. Après

1. Mémoire de Thévenot, p. 9.
2. Mémoire de Thévenot, p. 9.

l'expulsion, on a trouvé un orifice interne absolument fermé et on a vérifié la place qu'occupait le placenta.

Ces cas n'étaient pas les premiers et M. Chavanne avait publié en 1862 (*Gazette des Hôpitaux*, p. 526) une observation intitulée : « Nouvelle variété de grossesse extra-utérine. » Lui aussi avait constaté chez une femme de 22 ans, ayant déjà fait une fausse couche de deux mois, des signes d'un début de grossesse avec un utérus dont le corps était normal, mais le col volumineux, lisse. . . . . . .

Après quelques jours de douleurs, il y eut expulsion d'un œuf gros comme une noix.

Les deux tiers de la petite sphère étaient constitués par une substance placentaire très manifeste. A l'intérieur un peu de liquide blanchâtre, trouble. Pas d'autres traces d'embryon, ni de cordon ombilical.

Le toucher permettait de sentir la paroi postérieure du col irrégulière et comme fongueuse.

La grossesse cervicale primitive paraît donc exister, mais elle est excessivement rare et n'arrive jamais à terme. L'avortement se fait à deux ou trois mois.

Que conclure de cet exposé ? Quelle place les grossesses vaginales et cervicales devront-elles tenir dans l'étude de la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia ?

Nous éliminons la grossesse vaginale, dont l'existence n'est pas démontrée.

La grossesse cervicale primitive ne dépassant pas le troisième mois ne nous intéresse également pas.

Des deux variétés de grossesse cervicale secondaire, l'une n'est pas prouvée, l'autre n'est qu'un stade de l'avortement. Nous pouvons donc les laisser de côté.

Seule l'insertion cervicale du placenta, alors que tout le reste de l'œuf est dans la cavité utérine, mérite ici une mention particulière. C'est là, en effet, une variété spéciale d'insertion vicieuse du placenta. Mais l'intérêt de cette anomalie est plus théorique que pratique, car jusqu'ici aucune conduite spéciale appliquée à ces cas n'a été exposée. Leur traitement est le même que celui du placenta prævia ordinaire. Aussi n'en tiendrons-nous aucun compte dans la suite de cet exposé.

C'est dire en un mot que nous éliminons complètement, au point de vue de notre sujet, ce qui appartient aux grossesses vaginales et cervicales.

III

PATHOGÉNIE DE L'HÉMORRHAGIE DANS LES CAS DE PLACENTA PRÆVIA

L'hèmorrhagie est le principal symptôme et accident du placenta prævia. C'est surtout contre elle qu'est dirigée la thérapeutique.

Quelques mots de pathogénie sont donc ici indispensables pour faire comprendre plus tard l'action des différents procédés employés.

Il est deux points à examiner. Le décollement placentaire étant la condition indispensable pour la production de l'hémorrhagie, il importe de savoir :

A. Quelle est la cause de ce décollement. — B. Puis,

le décollement opéré, quelle est la source de l'hémorrhagie.

A. *Quelle est la cause du décollement ?* — On est loin d'être d'accord à cet égard, et il suffira de mentionner les différentes théories.

La cause peut être accidentelle ou naturelle.

a. *Accidentelle.* — Ce sont tous les traumatismes génitaux portant sur le col utérin ou la paroi abdominale, ou plus exceptionnellement sur un point éloigné de la zone génitale. Ce serait là, d'après M. Duncan, le principal agent du décollement.

b. *Naturelle.* — 1° Legroux et Jacquemier ont pensé qu'il fallait incriminer le manque de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur de l'utérus. Mais tandis que Jacquemier accusait l'utérus d'un développement trop rapide, qui ne permettait pas au placenta de le suivre, Legroux portait l'accusation contraire : il supposait que le placenta, pendant les derniers temps de la grossesse, prenait une extension trop prompte, par rapport à celle du segment utérin correspondant.

2° Levret attribuait le décollement placentaire pendant la grossesse à l'effacement du col, et pendant le travail à l'effacement puis à la dilatation. On a discuté pour savoir si pendant le travail le principal rôle appartenait à la contraction de l'utérus ou à l'expansion du segment inférieur, mais il nous semble impossible de dissocier ces deux agents.

B. *Quelle est la source de l'hémorrhagie ?* — C'est le sang maternel et non le sang fœtal (sauf de très rares

exceptions) qui s'écoule au dehors. Tous les accouchè
sont d'accord sur ce point.

Mais par quelle voie le sang maternel s'échappe-t-
La séparation du placenta se fait, comme on le sait,
plein tissu maternel, de telle sorte que les deux surfa
mises à nu par le décollement, surface utérine et surf
placentaire, sont parsemées de vaisseaux sanguins app
tenant à la mère.

Or, est-ce par la surface utérine ou par la surf
placentaire (en passant par la portion du placenta r
décollée) que se fait l'hémorrhagie? On a soutenu l'ı
et l'autre opinion.

Pour J.-Y. Simpson, le sang s'écoulait par la surf
placentaire, d'où une méthode thérapeutique spéciale
placenta prævia qui sera étudiée plus loin.

Cette théorie, déjà partiellement soutenue par Levı
et Radford, a fait peu d'adeptes et on admet exclusi
ment aujourd'hui la théorie d'après laquelle le sang
chappe par la surface utérine; on se base pour cela
les faits suivants :

1° Après la sortie du placenta, l'hémorrhagie contiı
quelquefois;

2° La mort du fœtus n'empêche pas l'hémorrhagie d
le cas de placenta prævia;

3° Mackensie, sur une chienne pleine dont l'uté
avait été ouvert et un placenta partiellement déco
put voir le sang s'échapper, non par la surface plac
taire, mais par la surface utérine.

Ce dernier argument nous paraît le seul sérieux
encore faudrait-il démontrer que la disposition ana
mique de l'utérus et du placenta est la même chez
chienne que chez la femme.

Ces quelques points essentiels étant établis, nous pouvons aborder l'étude de notre sujet, que nous diviserons en trois parties.

Première partie. — *Conduite à tenir dans les cas de placenta prævia simple ou non compliqué,* — c'est-à-dire quand l'insertion vicieuse du placenta est le seul état pathologique que présente la femme enceinte (Nous laisserons toutefois dans ce chapitre les présentations anormales du fœtus).

Cette première partie sera divisée en deux sections : dans l'une, nous analyserons et étudierons en détail chacune des méthodes de traitement préconisées contre l'insertion vicieuse du placenta ; dans l'autre, nous grouperons dans une vue d'ensemble ces différentes méthodes, et nous tracerons leur application en clinique. Après l'analyse viendra donc la synthèse.

Seconde partie. — *Conduite à tenir dans les cas de placenta prævia compliqué,* quand par exemple, en même temps que l'insertion vicieuse du placenta, il existe des fibromes utérins, un rétrécissement du bassin, etc.

Troisième partie. — *Observations et statistiques.* — Nous rangerons dans cette partie les différents documents que nous avons puisés à la Clinique d'accouchements et à la Maternité de Paris.

PREMIÈRE PARTIE

PLACENTA PRÆVIA SIMPLE

PREMIÈRE PARTIE

PLACENTA PRÆVIA SIMPLE

PREMIÈRE SECTION

EXPOSÉ ANALYTIQUE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA

Nombre de médicaments et médications ont été proposés pour le traitement du placenta prævia, tels :

La saignée, les sangsues, les douches ascendantes sur les lombes et l'hyppogastre (Trevig) ; les vésicatoires, les ventouses sur les seins, les ligatures des membres (Robouham) ; divers médicaments : strychnine, sabine, digitale, sucre de Saturne (Hayghton) ; acétate de morphine (Fabre) ; nitrate de potasse (Goupil) ; cannelle (Boer); etc.

Il nous suffira de les mentionner ici.

Nous ne dirons rien non plus de l'*opération césarienne* qui, d'après Levret, aurait été conseillée par certains

accoucheurs, dans le traitement du placenta prævia. « Les « praticiens, dit cet auteur [1], qui proposent de pratiquer « cette opération lorsque par hasard l'attache du placenta « dans la partie la plus basse du corps de la matrice « s'oppose à la sortie de l'enfant et met la mère en danger « de perdre la vie, par l'hémorrhagie considérable qui « survient toujours en pareil cas, lorsque le travail de « l'enfantement se déclare, ne sont pas mieux fondés en « raisons ; car il est très facile de sauver la vie de la mère « et celle de l'enfant, en pratiquant à temps l'accouche- « ment forcé. »

Il ne sera question ici que des méthodes méritant un sérieux examen ; et pour établir un peu d'ordre dans leur description, nous les rangerons en deux catégories :

A. Celles qui agissent sur la mère ;

B. Celles qui agissent sur l'œuf.

A. Parmi les méthodes qui agissent plus particulièrement sur la mère, il en est de deux sortes :

1° Les unes ont surtout pour but d'arrêter l'écoulement sanguin : ce sont des méthodes hémostatiques ;

2° Les autres cherchent à activer autant que possible l'ouverture du col pour hâter l'accouchement ; elles n'aboutissent à l'hémostase que par l'expulsion du contenu utérin.

B. Parmi celles qui s'adressent à l'œuf :

1° Les unes décollent ou arrachent le placenta, organe qu'on rend coupable de tous les accidents ;

2° Les autres font écouler le liquide amniotique ;

3° Les dernières, enfin, ont pour objectif le fœtus. On verra comment, par l'intermédiaire de l'enfant, on a cherché à atténuer les accidents du placenta prævia.

Cette division n'est certainement pas irréprochable,

1. Levret. L'art des Accouchements. Paris, 1761, 2e édit., p. 117.

mais c'est la meilleure que nous ayons à proposer; la voici résumée dans le tableau suivant :

A. — Mère.

1° *On lutte contre l'hémorrhagie.*

I. Méth. de Dubois. — Seigle ergoté (1836).
II. Méth. de Seyfert. — Injections vaginales (1852).
III. Méth. de Leroux. — Tampon (1776).

2° *On ouvre le col.*

IV. Méth. de Guillemeau. — Accouchement forcé (1571).
V. Méth. de Barnes. — Sacs violons (1862).
VI. Méth. de Greenhalgh. — Accouchement provoqué (1865).

B. — Œuf.

1° *On décolle ou arrache le placenta.*

VII. Méth. de Simpson. — Arrachement total (1844).
VIII. Méth. de Barnes. — Décollement partiel (1862).
IX. Méth. de Bunsen. — Arrachement partiel (1839).

2° *On fait écouler le liquide amniotique.*

X. Méth. de Puzos. — Rupture des membranes (1759).
XI. Méth. de Cohen. — Rupture après décollement placentaire (1855).
XII. Méth. de Deventer. — Perforation du placenta (1734).

3° *On agit sur le fœtus.*

XIII. Méth. de Kristeller. — Expression fœtale (1865).
XIV. Méth. de :
a. Wigand. — Version céphalique par manœuvres externes (1812).
b. Braxton-Hicks. — Version podalique par manœuvres combinées (1864).
XV. Méth. de? (Pas de nom spécial.) — Extraction par le forceps, par la main (avec ou sans version), ou par l'embryotomie.

I

Méthode de Paul Dubois.

SEIGLE ERGOTÉ

Paul Dubois[1] employait volontiers l'ergot de seigle contre l'hémorrhagie du placenta prævia. Quand la dilatation n'était pas suffisante pour intervenir, ou quand, suffisante, l'accouchement ne se terminait pas à cause de la paresse et de l'inertie utérines, il donnait 2 grammes de cette poudre en trois prises, à dix minutes d'intervalle chacune. Il l'administrait pendant la grossesse et le travail.

Nous sommes loin aujourd'hui des préceptes de P. Dubois à cet égard.

Ne jamais donner d'ergot de seigle tant qu'il reste quelque chose dans la cavité utérine, telle est la règle généralement suivie à l'heure actuelle.

Depuis l'usage des injections d'eau chaude contre les hémorrhagies de la délivrance, on a même essayé de bannir complètement l'ergot de seigle de l'obstétrique. Cette hostilité contre ce médicament est due aux fréquents accidents qu'il cause, quand il est mal employé.

Arrivons aux faits.

Dans les observations de la Maternité, nous trouvons le seigle ergoté administré vingt-six fois avant l'expulsion du fœtus (nous exceptons un cas de grossesse gémellaire où les deux fœtus naquirent mort).

Sur ces vingt-six cas, onze femmes succombèrent :

1. Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1836.

mortalité 42 p. 100; et vingt enfants furent expulsés morts : mortalité 77 p. 100.

La mort de tous ces enfants ne peut être attribuée au seigle ergoté; mais dans quinze cas, cet agent paraît avoir été coupable en partie où en totalité.

Ces vingt-six cas sont certainement complexes; mais si nous les mettons en parallèle avec les cas non moins complexes où le seigle n'a pas été administré avant l'accouchement, nous aurons un bon élément de comparaison.

Or, sur les cent dix-huit cas où le seigle n'a pas été donné avant la naissance de l'enfant, notre statistique montre (*V.* page 210) que la mortalité des mères est de 24 p. 100 et celle des enfants de 47 p. 100.

En résumé :

Ergot de seigle :	
Mortalité maternelle	42 p. 100
Mortalité fœtale	77 p. 100
Pas d'ergot de seigle :	
Mortalité maternelle.	24 p. 100
Mortalité fœtale	47 p. 100

Ces chiffres sont éloquents. L'ergot de seigle administré dans ces conditions tue presque la moitié des femmes et plus ~~du tiers~~ des enfants.
des deux tiers.

L'excitation de la fibre utérine dans un but hémostastique a été recherchée par d'autres moyens : telle l'électricité.

C'est ainsi que Radford [1], professeur d'accouchements à Manchester, a, en 1845, préconisé l'emploi des courants galvaniques appliqués sur l'utérus. Cette méthode a fait peu d'adeptes ; elle est aujourd'hui tombée dans l'oubli.

II

Méthode de Seyfert.

INJECTIONS VAGINALES

Les injections vaginales ont été conseillées contre les hémorrhagies du placenta prævia par de nombreux auteurs. On a employé le vinaigre, les solutions d'alun, le vin rouge, les solutions de teinture d'iode, de créosote, etc.

Le défenseur le plus ardent de ces injections a été SEYFERT, qui les a érigées en moyen à peu près unique de traitement : d'où le nom de méthode de Seyfert, sous lequel nous les désignons, quoiqu'en date cet auteur ne soit pas le premier à les avoir employées. C'est là une méthode fort ancienne, dont on trouve l'esquisse dans HIPPOCRATE qui combattait les hémorrhagies utérines à l'aide d'injections astringentes.

SEYFERT a écrit un long article pour exposer sa manière de faire [2]; quelques lignes suffisent pour la résu-

1. Radford. Provincial medical and surgical Journal, 22 janvier 1845.

2. Veirteljahschrift f. Prakt. Heilkund., 1852, Bd III, p. 81.

mer : dans un cas de placenta prævia, une femme perd-elle du sang avant le travail, pratiquez une injection vaginale d'eau froide : l'hémostase est assurée. L'hémorrhagie survient-elle pendant la période de dilatation, même injection d'eau froide, qui arrête sûrement l'écoulement. Quand la dilatation est complète, il faut intervenir soit par la version, soit par le forceps. Après la délivrance, si la femme perd encore, de nouveau l'eau froide; elle est ici, de même qu'avant l'accouchement, toute-puissante à empêcher l'hémorrhagie.

Tous les autres modes de traitement, y compris le tampon, sont inutiles et mauvais. Il n'y a qu'une exception : si, par extraordinaire, l'eau froide échoue pour arrêter l'hémorrhagie qui suit la délivrance, on pourrait alors, et alors seulement, employer le tampon.

A côté des injections d'eau froide, on peut placer *les injections d'eau chaude*. Ces dernières, dont l'action est si puissante dans les hémorrhagies de la délivrance, ont été essayées, dans le service du professeur Tarnier, par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, et à l'hôpital Lariboisière par M. Pinard.

A la Maternité, les injections d'eau chaude ont été employées dans cinq cas. Dans le premier, l'insertion du placenta étant normale, une hémorrhagie du travail s'étant déclarée, des injections d'eau chaude (48°), répétées toutes les deux heures, arrêtèrent l'écoulement et semblèrent activer le travail. Dans les quatre autres cas il s'agissait : de placenta prævia partiel, un cas; marginal, un cas; et latéral, deux cas (obs. 131, 140, 141, 142, de la Maternité); les injections chaudes, répétées également toutes les deux heures, furent données, soit avant, soit après le début du travail, et continuées pendant la

période de dilatation. L'action hémostatique ne fut pas complète, mais suffisante pour prévenir les dangers de l'écoulement sanguin et pour permettre l'accouchement, sans que la malade ait perdu une grande quantité de sang.

M. Pinard, à notre demande, a bien voulu adresser la réponse suivante : « Les irrigations d'eau chaude ont été employées dans mon service pour quatorze cas d'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta. D'après ce que j'ai pu observer, je crois qu'elles ne réussissent qu'autant qu'il ne se produit plus de décollement du placenta, et qu'elles sont faites dans l'utérus lui-même. ».

Richardson [1] a préconisé un moyen qu'on peut placer à côté des injections vaginales astringentes. Il consiste à placer un crayon de fer et d'alun (Iron alun) sur le col de l'utérus : un caillot solide se forme, et la perte est arrêtée. L'auteur prétend avoir employé ce procédé avec succès dans quatre cas de placenta prævia (?).

Les injections vaginales, soit médicamenteuses, soit simples, froides ou chaudes, n'ont donné lieu jusqu'ici à aucune statistique importante. Tout jugement doit être différé à leur égard. Elles constituent un procédé sur lequel nous avons insisté à cause de sa simplicité, mais qui demande à être plus complètement étudié s'il doit entrer dans la pratique.

---

1. In. Annales de Gynecologie, 1884, t. XXII, p. 231.

III

Méthode de Leroux.

TAMPONNEMENT

Opposer une digue au sang qui s'écoule des organes génitaux, telle est l'idée mère du tamponnement.

Nous trouvons l'esquisse de ce procédé dans les conseils donnés par quelques accoucheurs anciens, par *Fabrice de Hilden*, par *Hoffman* : « Je pris, dit cet auteur, du linge fin roulé, je l'imbibai d'une solution de tête morte de vitriol et je l'introduisis jusqu'au fond du vagin ; » par *Smellie ;* mais elle n'arrive à être clairement formulée que par *Leroux*, en 1776, qui, au sujet du tamponnement, s'exprime en ces termes [1] :

« Ce moyen est des plus simples ; il n'exige pas une longue préparation : on le trouve sans peine dans la cabane du pauvre comme dans le palais des grands. Il consiste à opposer une digue à l'écoulement du sang, par le secours de plusieurs lambeaux de linges ou d'étoupes, imbibés de vinaigre pur, dont on remplit le vagin, et qu'on introduit même quelquefois jusque dans la matrice, lorsque la circonstance l'exige. »

C'est donc Leroux qu'on peut considérer comme le créateur de la méthode du tamponnement.

Pour rendre plus clair notre exposé, nous suivrons le plan que voici :

1° Description des différentes variétés du tampon.

1. Observat. sur les pertes de sang, par Leroux. Dijon, 1776, p. 190.

2° Résultats statistiques.
3° Valeur hémostatique du tampon.
4° Influence du tampon sur la contraction utérine.
5° Le tampon est-il douloureux ?
6° Le tampon produit-il la septicémie ?
7° Le tampon produit-il des accidents locaux ?
8° Conclusions.

1° Description des différentes variétés du tampon.

Depuis Leroux on a employé les corps les plus divers pour pratiquer le tamponnement : étoupe, charpie, coton, compresses, mouchoirs, vessies animales, sacs de caoutchouc; un médecin, pris au dépourvu, s'est servi de sa propre perruque !

Toutes les variétés de tampon peuvent être rangées en deux catégories :

a. Le tampon constitué par des bourdonnets de charpie ou de ouate (tampon de Leroux, tampon classique).

b. Le tampon formé par une vessie dilatable qu'on introduit dans l'intérieur du vagin (tampon Gariel, Braun, Chassagny).

---

a. Tampon constitué par des bourdonnets.

(Tampon de Leroux. — Tampon classique.)

L'histoire de ce tampon comprend deux périodes, l'une qui s'étend de Leroux à l'ère de l'antisepsie, et l'autre qui va de cette dernière époque à nos jours.

Autrefois, le tampon, moyen héroïque contre certaines hémorrhagies puerpérales était passible d'un grave reproche : celui de produire la septicémie. Depuis la méthode antiseptique cette objection a disparu.

C'est à l'école obstétricale de Paris, et particulièrement à l'enseignement du professeur *Tarnier*, qu'on est redevable de cet immense progrès fait dans la pratique du tamponnement.

Comment doit-on appliquer le tampon?

Grosse question, de laquelle dépend presque en entier le succès de la méthode. Autant un tamponnement bien fait est efficace, autant mal pratiqué il est inutile, parfois même nuisible.

Il est fort peu de médecins qui sachent bien appliquer un tampon. La plupart se contentent d'introduire dix à douze bourdonnets de charpie dans le vagin, et sont fort surpris de voir, après ce traitement illusoire, l'écoulement de sang continuer.

Le tamponnement doit être fait de la façon suivante :

1° *Préparatifs*. — Deux objets sont nécessaires : *a* des bourdonnets ; — *b* un corps gras.

a. *Bourdonnets*. On peut se servir de coton hydrophile ou de charpie ordinaire (500 gr. environ — une quantité suffisante pour remplir un chapeau à haute forme, dit le professeur Pajot ; avoir bien soin de spécifier au pharmacien de délivrer la dose entière, sans quoi il croira volontiers à une erreur et n'en donnera que la moitié).

Avec cette charpie ou ce coton, on fait une série de bourdonnets de la grosseur d'une petite noix environ. Il en faut une soixantaine.

Ces bourdonnets peuvent être fixés à un même fil, à 15 ou 20 cent. de distance les uns des autres, de manière à constituer ce qu'on a appelé *la queue de cerf-volant*, ou être appendus à des fils séparés — on fait encore de simples bourdonnets libres, sans fils. — On se sert de préférence de ces deux dernières variétés. — On a 30 bourdonnets à fils distincts et 30 bourdonnets sans fils.

Avoir soin de tremper les bourdonnets préparés dans

une solution antiseptique (acide phénique au 1/50e, acide borique 1/25e ou mieux bichlorure de mercure 1/1000e). Ils doivent rester quelque temps dans cette solution, de manière à être complètement imbibés. Avant de les introduire, il faut bien les exprimer.

b. Corps gras. On peut se servir d'huile, de vaseline; mieux vaut employer le cérat, soit phéniqué au 1/50e, soit borique au 1/25e; le cérat est le corps qui facilite le mieux le glissement.

Demander environ 500 grammes de cérat. Une quantité moindre serait souvent insuffisante.

2° *Position de la femme.* — En général, on pratique le tamponnement en laissant la femme étendue dans son lit, sur le dos, dans la position habituelle, les membres inférieurs légèrement fléchis. Les Anglais préfèrent la position latérale sur le côté gauche. Quelques accoucheurs mettent la femme dans la position dite obstétricale, c'est-à-dire en travers du lit, le siège affleurant le bord du matelas, et deux aides assis tenant chacun un des membres inférieurs.

3° *Introduction et disposition des bourdonnets.* — On a recommandé, pour faciliter l'introduction des bourdonnets l'emploi d'un spéculum, soit cylindrique, soit encore univalve, si la femme est dans la position latérale. Mac-Lean, dans un article tout récent [1], préconise ce dernier procédé. Le spéculum est tout à fait inutile, ou plutôt gênant; il empêche en effet de placer convenablement les boulettes de charpie; mieux vaut donc ne pas l'employer.

Après avoir vidé le vagin des caillots qui y sont accumulés, et l'avoir nettoyé au moyen d'une injection anti-

1. The management of placenta prævia. In american Journal of obstetric., 1886, p. 230.

septique; après avoir évacué l'urine de la vessie, et au besoin vidé le rectum des matières fécales à l'aide d'un lavement, on introduit un à un dans le fond du vagin les bourdonnets munis d'un fil, en ayant soin, pour éviter toute douleur à la femme, de les recouvrir d'une épaisse couche de cérat.

On a discuté pour savoir s'il fallait placer les premiers bourdonnets d'abord dans les culs-de-sac, ensuite dans le col utérin, ou inversement. Ce point est de faible importance; l'opérateur est libre à cet égard, la variabilité dans la disposition des parties, et aussi dans le degré de perméabilité, d'ouverture du col, empêchent de donner des préceptes invariables. Ce qu'il faut obtenir, c'est l'occlusion complète du fond du vagin, entasser les bourdonnets dans l'espace laissé libre entre les lèvres de l'orifice utérin, dans les culs-de-sac, de manière à constituer une véritable couronne autour de ce col, à l'enserrer entre un noyau central et un talus périphérique, de telle sorte que pas le moindre espace ne reste vide.

Ceci fait, on continue à glisser dans le vagin des bourdonnets, d'abord munis de fil, puis libres, jusqu'à ce qu'il soit complètement rempli.

Avec des bourdonnets de la grosseur d'une petite noix il faut en introduire au moins 50 pour faire un tamponnement suffisant. La moyenne est de 50 à 60.

4° *Fixation du tampon.* — Si on abandonnait le tampon ainsi fait à lui-même, sous l'influence des mouvements de la femme, de la contraction des muscles abdominaux et de la descente de la partie fœtale, il ne tarderait pas à sortir, les bourdonnets s'échapperaient petit à petit; aussi est-il nécessaire de le fixer solidement.

Dans ce but, on applique sur la vulve empiétant sur le périnée un gâteau de charpie préalablement trempé dans la solution antiseptique, et au-dessus de lui un ban-

dage en T que la figure ci-jointe nous dispense de décrire.

Dans certains cas, pour mieux maintenir le tampon, M. Guéniot a conseillé de fixer des bretelles sur le bandage en T.

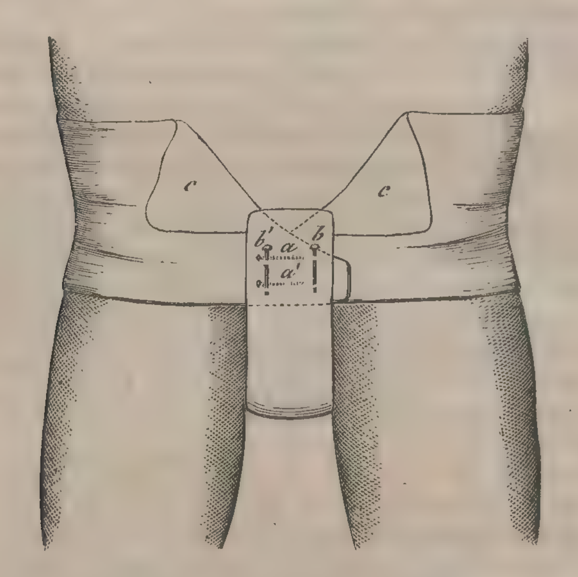


Fig. 3. — Bandage en T fixant le tampon.

cc. Les deux chefs du bandage sont laissés libres et renversés de manière à laisser le ventre complètement libre.

Le tampon étant ainsi appliqué, si on fait par la pensée une coupe antéro-postérieure de la femme, on aura la disposition indiquée par la figure 4 :

Leroux imbibait la charpie de vinaigre ; Depaul la trempait volontiers dans une solution à 1/3 de perchlorure de fer. Différents styptiques ont encore été préconisés. Tous ces agents sont inutiles, le tampon n'agit

que mécaniquement en constituant une digue contre l'écoulement du sang et dynamiquement en excitant les contractions utérines.

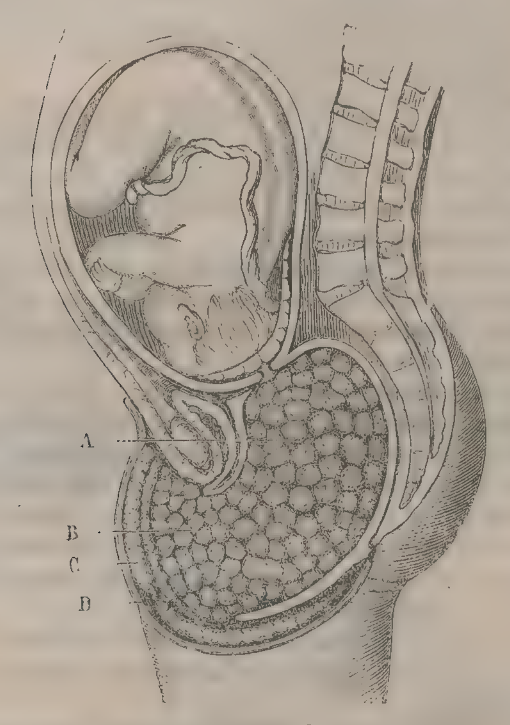


Fig. 4[1]. — Tampon à bourdonnets appliqué.
A. Bourdonnets profonds munis d'un fil. — B. Bourdonnets superficiels libres. — C. Gâteau de charpie. — D. Bandage en T.

Combien de temps peut-on laisser un tampon en place?
« Ne laissez jamais une patiente plus d'une heure avec

1. Les figures 3 et 4 sont empruntées à l'article de M. Bailly: *Bulletin général de Thérapeutique*, 1876.

un tampon dans le vagin » a dit BARNES[1]. BAILLY[2] n'y touche pas pendant 24 heures. Avec M. le professeur TARNIER on peut prendre un moyen terme et dire que le tampon ne doit pas rester appliqué plus de 12 heures, plus d'une demi-journée.

Un séjour plus long expose la femme à des accidents de compression et de septicémie.

Différentes circonstances peuvent faire qu'on soit obligé de ne pas attendre aussi longtemps. Une température élevée de la malade, des douleurs vives, parfois intolérables, enfin des efforts expulsifs, indiquant que la sortie du fœtus est proche.

Ici se pose une question importante : doit-on enlever le tampon pendant la période d'expulsion, ou doit-on laisser la femme accoucher spontanément d'abord de son tampon, puis de son enfant?

Les deux opinions ont été soutenues : l'une par le professeur DEPAUL, qui conseillait d'enlever le tampon quand se manifestaient les douleurs expulsives, de manière à terminer l'accouchement aussi vite que possible, soit par la version, soit par le forceps; l'autre, par M. le professeur PAJOT, qui engage au contraire à le laisser en place et à en abandonner l'expulsion à la nature, de même que celle de l'enfant.

Se prononcer entre les deux méthodes est chose difficile, car aucune statistique n'existe pour établir leur valeur relative.

Chez une femme, qui pendant la période d'expulsion aurait des contractions utéro-abdominales énergiques, et surtout si l'enfant était mort, la méthode de M. Pajot serait bonne à suivre.

Si les contractions utérines étaient au contraire rares,

1. Opérations obstétricales, Barnes. Trad. Cordes, p. 398.
2. Bulletin de Thérapeutique, 1876, t. II, p. 308.

si l'enfant vivant souffrait et menaçait de succomber, mieux vaudrait enlever le tampon pour terminer l'accouchement au plus vite.

En un mot, il est impossible de donner ici une règle générale et absolue. Chaque cas a ses indications spéciales que le clinicien doit savoir apprécier.

---

b. Tampon formé par un sac qu'on gonfle dans les organes génitaux.

(Tampon de Gariel. — Chassagny. — Braun.)

En 1807, Rouget proposa de substituer au tampon de Leroux une vessie de cochon, à laquelle s'adaptait un tube pour pouvoir la gonfler une fois placée dans le vagin. Ce procédé fut adopté par Wellemberg, plus tard par Miquel (d'Amboise), et par Stein (de La Haye).

La méthode a été perfectionnée et les appareils dont on se sert actuellement sont ceux de Gariel, de Chassagny et de Braun.



Fig. 5. — Pessaire à air de Gariel.

1° L'appareil de Gariel, généralement désigné sous le nom de « pessaire à air », quoiqu'on puisse aussi bien le

gonfler avec du liquide qu'avec de l'air, se compose d'une simple poche en caoutchouc, se continuant avec un tube fait de même substance. Il en existe une série de 6 numéros pouvant s'adapter à la capacité variable du vagin. La sphère, dégonflée, et pliée sur elle-même s'introduit sans difficulté, après quoi, à l'aide d'un appareil quelconque, on la gonfle avec de l'air ou avec de l'eau tiède, froide ou glacée.

2° L'appareil de Braun ressemble beaucoup à celui de Gariel, et n'en diffère guère que par le nom. On l'appelle, à Vienne, le colpeurynter vagin — (κόλπος, εὐρυντήρ, qui élargit). Il est fabriqué en caoutchouc et se gonfle d'habitude avec de l'eau glacée. La figure ci-jointe dispense de toute description plus détaillée.

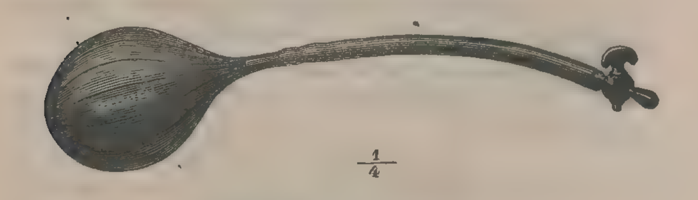


Fig. 6. — Colpeurynter de Braun.

Les deux appareils de Gariel et de Braun agissent de la même façon. Ils distendent et comblent la cavité vaginale. Mais l'occlusion est bien moins complète qu'avec le tampon de Leroux ; il est impossible en effet que, malgré sa souplesse, la poche en caoutchouc s'adapte exactement aux culs-de-sac vaginaux et pénètre dans l'orifice utérin.

3° M. Chassagny a inventé un appareil qu'il a désigné

sous le nom d'élytro-ptérygoïde[1] (ελυτρον, vagin — πτεριγος, aile).

Il se compose d'une vessie de porc, maintenue dans

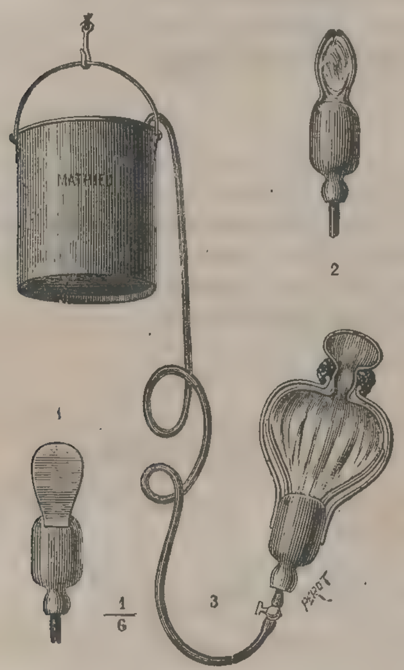


Fig. 7. — Appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny. — 1. Appareil dégonflé et replié vu de face. — 2. Appareil dégonflé et replié vu de profil. — 3. Appareil appliqué et gonflé, poussant un prolongement intra-utérin.

le vagin par un anneau métallique dont deux parties latérales (ce sont les ailes), en s'ouvrant, viennent s'appuyer derrière les branches ischio-pubiennes et le maintiennent en place. Grâce à sa très grande souplesse,

1. Archives de Tocologie, 1883, p. 17.

la vessie animale distendue par du liquide pousserait, d'après l'auteur, un prolongement intra-utérin ; elle prendrait la forme d'un sablier à petite sphère intra-utérine et à grosse sphère intra-vaginale.

Ce dernier instrument a été peu employé jusqu'à présent et il est impossible de porter un jugement à son égard.

Outre les appareils dont nous venons de parler, qui sont dans l'espèce les plus simples et les plus commodes, on en a inventé plusieurs autres parmi lesquels nous mentionnerons celui recouvert d'un tissu spécial destiné à être imbibé de liquides astringents au moment de l'introduction dans le vagin.

2° *Résultats statistiques.*

Si nous prenons les résultats fournis par la méthode du tamponnement en général, sans distinction de la variété de tampon et sans tenir compte de l'antisepsie, nous arrivons aux résultats suivants :

Statistique de Müller[1]. *Nombre total :* 161.

Femmes : mortes. . . .	43.	Guéries. . . .	118
Enfants : morts.	95.	Vivants. . . .	64

(4 inconnus ; 2 grossesses gémellaires.)

Clinique d'accouchements[2]. *Nombre total :* 41.

Femmes : mortes. . . .	15.	Guéries. . . .	26
Enfants : morts. . . .	32.	Vivants. . . .	9

1. Placenta prævia, Müller, 1877, p. 319. (Variété de tampon non indiquée.)
2. *Voir* page 196.

Maternité[1] *: Nombre total :* 56.

Femmes : mortes . . . 15. Guéries. . . . 41.
Enfants : morts. . . . 33. Guéris . . . . 23.

Nombre total des cas : 258.

Femmes : mortes. . . 73. Mortalité : 28 p. 100.
— guéries. . . 185.
Enfants : morts. . . 160. Mortalité : 62 p. 100.
— guéris . . 96.

C'est donc une mortalité maternelle de 28 p. 100 et une mortalité fœtale de 62 p. 100 que donne le tampon.

Examinons maintenant les résultats donnés par chaque variété de tampon.

1° *Tampon à vessie dilatable.*

Les statistiques ici sont rares : nous avons celle de Müller et celle de la Maternité.

La statistique de Müller, citée précédemment, n'indique pas d'une façon positive le mode de tamponnement ; mais d'après le texte de l'auteur, et comme il s'agit d'observations prises à l'étranger, où le tampon de Leroux est peu en faveur, on peut en conclure que cette statistique comprend surtout des cas où la vessie dilatable (et particulièrement le colpeurynter de Braun) a été employée. C'est donc sous cette réserve que nous nous servons ici de cette statistique portant sur 161 cas et où la mortalité maternelle est de 27 p. 100 et la mortalité fœtale de 60 p. 100.

La statistique de la Maternité comprend 8 cas

1. *Voir* page 202.

(*V*. page 204), où on a appliqué la vessie à air de Gariel. Mortalité des mères : 75 p. 100. Mortalité des enfants : 62 p. 100.

En réunissant ces deux statistiques, on a :

Mortalité maternelle. . . . . 29 p. 100
Mortalité fœtale. . . . . 59 p. 100

2° Tampon à bourdonnets de charpie.

Nous nous appuierons sur les statistiques de la clinique de la Maternité (*V*. pages 196-203).

	Cas.	Mères mortes.	Enfants vivants.
Clinique. . .	41	15	32
Maternité. .	47	13	26
Total. . .	88	28	58

Mortalité maternelle. . . . . 32 p. 100
Mortalité fœtale . . . . 66 p. 100

Si nous cherchons à apprécier les bienfaits de l'antiseptie introduite dans la pratique du tamponnement, nous prendrons dans la statistique de la Maternité les cas de tamponnement faits avant cette méthode et ceux pratiqués depuis.

Nous trouvons p. 203 :

Avant l'antiseptie, 29 cas.

Mortalité maternelle. . . . . 38 p. 100
Mortalité fœtale . . . . 55 p. 100

Depuis l'antiseptie, 18 cas.

Mortalité maternelle . . . . 11 p. 100
Mortalité fœtale . . . . 55 p. 100

Ainsi, tandis que sous l'influence de l'antisepsie la mortalité fœtale reste identique, ce qui nous indique que les cas étaient à peu près de même gravité, la mortalité maternelle s'abaisse de plus des deux tiers.

Pour établir d'une façon absolue la mortalité avec le tampon antiseptique de Leroux, il convient de supprimer un des 18 cas en question où la femme, profondément albuminurique à son entrée, succomba, au bout d'un mois, d'urémie (*V.* page 203).

Ce qui donne :

Mortalité maternelle. . . . . 6 p. 100
Mortalité fœtale. . . . . 55 p. 100

Si nous mettons en regard la mortalité maternelle fournie par les différentes variétés du tampon, nous avons :

Mortalité maternelle :

Avec le tamponnement en général. 28 p. 100
Avec la vessie dilatable . . . . 29 p. 100
Avec le tampon de Leroux non antiseptique. . . . . 32 p. 100
Avec le tampon de Leroux antiseptique . . . . 6 p. 100

On voit donc l'incontestable supériorité du tampon de Leroux pratiqué avec les précautions antiseptiques.

3° *Valeur hémostatique du tampon.*

A en croire Braun [1], le colpeurynter arrêterait infail-

1. Klinik für Geburtsk. und Gynæk., p. 127.

liblement l'hémorrhagie. SPIEGELBERG, se fiant aux assertions de l'inventeur, a essayé plusieurs fois cet instrument, mais il a presque toujours vu l'écoulement persister malgré l'emploi du colpeurynter, soit que le sang s'insinuât le long des parois vaginales, soit qu'il se collectât derrière l'instrument dans les culs-de-sac vaginaux.

Un des gros inconvénients de la vessie en caoutchouc est, en effet, de ne pas combler le fond du vagin : il reste là un espace très propice à l'accumulation du sang. — Un reproche analogue a d'ailleurs été fait au tampon de charpie : de suite après son application, a-t-on dit, le vagin est bien rempli, bien comble ; puis bientôt, sous l'influence des efforts de la femme, la charpie est repoussée, de telle sorte qu'un vide est créé derrière elle. Les moyens destinés à empêcher la sortie du tampon, tels que le bandage en T, par exemple, sont insuffisants à parer à cet inconvénient. La main de l'accoucheur pourrait seule lutter avec quelque efficacité. Nous verrons que ce reproche n'est pas fondé.

Dans une statistique dressée par Müller[1] pour vérifier l'action hémostatique du tampon (vraisemblablement du colpeurynter), nous trouvons les résultats suivants :

		Arrêt.	Continuat.
Avec prés. du sommet. . .	53 cas	33 fois	20
— siège (pieds)	8	4	4
— siège.	5	3	2
— épaule	25	15	10
Indéterminés	14	3	11
Total. . . .	105	58	47

Ainsi, sur 105 cas, le tampon fut efficace 58 fois ; mais dans 47 cas, on ne put arrêter l'hémorrhagie.

1. Placenta prævia, 1877, p. 316.

Le tampon de Leroux, alors qu'il est bien appliqué, ne permet jamais qu'en très faible quantité l'écoulement sanguin, et cela en s'imbibant; or, en cherchant dans les observations de notre statistique parmi les 47 cas où la méthode de Leroux fut appliquée seule (*V.* page 203), nous avons trouvé que l'imbibition du tampon avait été notée 16 fois.

C'est donc dans le tiers des cas environ que le tampon Leroux laisserait filtrer un peu de sang, filtration à laquelle on ne peut accorder le nom d'hémorrhagie véritable; ce résultat est meilleur que celui obtenu par Muller avec le colpeurynter, puisque dans 105 cas l'hémorrhagie continua 58 fois dans la statistique de cet auteur.

Quant à la valeur absolue du tampon Leroux comme hémostatique, on peut dire que s'il est bien appliqué l'écoulement sanguin ne doit pas persister, et que la filtration qui survient à peu près dans le tiers des cas ne peut être considérée comme une hémorrhagie sérieuse compromettant l'existence de la femme.

4° Influence du tampon sur la contraction utérine.

Un autre point de l'action du tampon important à éclaircir, c'est son influence sur la contraction utérine et, par conséquent, sur la provocation de l'accouchement.

Dans 128 cas réunis par Müller[1], et où la variété de tampon n'est pas mentionnée, 16 fois le tampon ne provoqua pas de contractions. Dans 11 de ces cas, la durée d'application est notée 3/4 d'heure, 1, 2, plusieurs heures, 6, 12, 24, 36 heures, trois fois plusieurs jours; dans une observation, on fut obligé de l'appliquer à quatre reprises différentes.

1. Placenta prævia, 1877, p. 317.

Dans ces 128 cas, 78 fois la contraction utérine se déclara intense après l'application du tampon :

dans l'espace de	1 heure,	dans	5 cas.
—	1 à 5,		22
—	6 à 12,		28
—	12 à 24,		9
—	24 à 48,		6
—	3 jours,		5
—	4,		2
—	8,		1
	Total. . . .		78

Dans 20 des observations de la Maternité où le tampon Leroux (sauf un cas, vessie Gariel) fut appliqué avant le travail :

1 fois (grossesse de 8 mois et demi), le tampon étant resté appliqué 36 heures, le travail ne se déclara que 6 jours après ;

1 fois au bout de 9 heures (grossesse de 8 mois).

1 fois au bout de 3 heures 30 (grossesse de 8 mois).

Dans tous les autres faits, l'espace de temps nécessaire pour l'apparition des contractions utérines n'est pas mentionné d'une façon précise ; mais en général il paraît avoir été assez court. (Dans ces 17 observations, la grossesse était : de 6 mois et demi, 1 fois ; 7 mois, 1 fois ; 7 mois et demi, 2 fois ; 8 mois, 5 fois ; 8 mois et demi, 2 fois ; 9 mois, 2 fois ; époque inconnue, 2 fois.)

C'est donc en général dans les 12 heures qui suivent l'application du tampon qu'on voit survenir les contractions utérines.

Mais les variations sont fréquentes. Comme exemple extraordinaire, nous citerons le fait de Schoeller (de Berlin), où le tampon resta 17 jours en place, et où les con-

tractions utérines ne survinrent qu'au bout de ce temps[1].

On voit aussi quelquefois, le tampon étant enlevé avant le début du travail, la grossesse suivre son cours normal.

Le tampon appliqué pendant le travail active-t-il la contraction utérine ? Oui, dans la plupart des cas. Cependant il est des exceptions, et cela surtout quand l'orifice est rigide.

C'est pour remédier à cette inefficacité que Valenta et Fritsch[2] ont conseillé de faire pénétrer un cathéter dans la cavité utérine et de tamponner ensuite le vagin.

Cette variabilité dans l'action du tampon sur la contraction utérine nous explique pourquoi ce moyen, préconisé par Schoeller pour provoquer l'accouchement d'une façon habituelle, n'a pas été généralement adopté.

Une grave objection a été faite au tampon : on lui a reproché de *transformer l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne.*

Ce reproche ne peut être mérité que quand l'œuf est rompu et le liquide amniotique écoulé.

Théoriquement, cette objection paraît des plus sérieuses : la cavité ovulaire est béante, le sang peut y pénétrer sans difficulté et s'y accumuler. La pratique démontre au contraire sa faible importance.

En parcourant les observations de la Maternité, nous n'avons trouvé aucun accident semblable. La seule hémorrhagie interne sérieuse est notée à l'observation 142. Or, il s'agit d'une femme qui *ne fut pas tamponnée*, chez laquelle le fœtus ne présentait pas le sommet, et qu'on

1. Thèse de Pluyette, 1883, p. 78. L'auteur ne donne malheureusement pas l'indication bibliographique de ce cas, dont nous n'avons pu lire l'original.

2. In. Müller. Placenta prævia, 1877, p. 336.

délivra par la version. Les membranes avaient été rompues artificiellement au début du travail.

Cette objection, séduisante *à priori*, a été repoussée vivement par différents accoucheurs; nous citerons le passage suivant de M. Bailly[1] : « Cette crainte (de l'hémorrhagie interne), je l'ai entendu exprimer non seulement par des élèves, mais aussi par des hommes possédant une certaine expérience des accouchements. Chailly, d'après la même idée, proscrit formellement le tampon après l'écoulement de liquide amniotique. Eh bien, je ne crains pas de l'affirmer, c'est là une erreur considérable, une erreur funeste, qui a fait bien des victimes et contre laquelle on ne peut trop s'élever. »

Sans être aussi affirmatif que Bailly, on peut dire que cet accident doit être très rare; nous n'avons pu en trouver aucune observation. Si l'hémorrhagie est à craindre, ce ne pourrait guère être qu'avec des présentations vicieuses et avec un utérus mou, inerte. On parerait à ce double état pathologique en corrigeant la présentation par des manœuvres externes, et en appliquant ensuite sur l'abdomen soit un bandage de corps un peu serré, soit mieux une bande élastique qui exercerait sur l'utérus une compression égale et uniforme.

Le tampon est donc hémostatique, et, de plus, il provoque la contraction utérine; tel n'est pas l'avis de Seyfert[2], qui, ennemi de ce procédé, le place dans un singulier dilemme. On attribue, dit-il, au tampon deux mérites : de provoquer l'accouchement et d'arrêter l'hémorrhagie; or l'hémorrhagie et le travail marchent de pair. Ils s'accompagnent forcément. Par conséquent, si le tampon arrête l'hémorrhagie, il ne peut provoquer

1. Bulletin de Thérapeutique, 1876, t. 91, p. 352.

2. Seyfert. Die aufsitzende Mutterk, etc. Vierteljarschrift für die Prakt Heilkunde, 1852, t. XXXV; XXXVI, p. 86.

le travail; ou, s'il provoque le travail, il ne peut qu'augmenter l'hémorrhagie.

L'auteur allemand établit là une relation qui n'est pas constante. D'ailleurs le serait-elle que l'objection n'aurait pas plus de valeur. Admettons, en effet, que le tampon provoque les contractions, et par là l'hémorrhagie; mais c'est alors une hémorrhagie fatale dont il n'est pas la cause directe, et il apporte de plus le remède à côté du mal, car il oppose une digue à l'écoulement du sang et l'empêche de continuer. Le résultat thérapeutique est ainsi obtenu.

5° *Le tampon est-il douloureux?*

Certaines femmes supportent le tampon sans aucune gêne; chez d'autres, il est tellement pénible qu'on est obligé de l'enlever.

En général, le tampon est douloureux, mais la douleur est tolérable, et rarement telle qu'on doive renoncer à ce moyen.

Cette douleur est due à la distension du vagin et surtout à la compression exercée sur le rectum et la vessie.

Le tampon, dit-on, gêne le cours des urines et des matières fécales; ce reproche sera facilement évité, si, avant l'application, on a soin, par les moyens usités, de vider ces deux réservoirs. Pendant 12 heures, maximum de la durée de son séjour, la femme peut sans inconvénient ne pas uriner ni aller à la selle. Le cathétérisme vésical est d'ailleurs possible.

Le tampon est parfois douloureux par la pression qu'il exerce sur le sphincter anal et le col de la vessie, on peut voir un véritable ténesme vésical ou anal des plus pénibles. Cet effet est souvent difficile à empêcher chez les femmes à système nerveux irritable. Peut-être, dans

ces cas, pourrait-on rendre moins pénible la compression en employant le moyen qui a été suivi dans les observations 105 et 108 de la Maternité : on remplit le fond du vagin de bourdonnets de charpie, et au lieu de placer des bourdonnets superficiels, on introduit à la partie inférieure du vagin un ballon Gariel. Cette combinaison des procédés de Leroux et de Gariel nous paraît fort heureuse. Avec les boulettes glissées au fond du vagin, on a tous les avantages du tampon de Leroux, et en appliquant au voisinage de l'orifice vulvaire le ballon Gariel, on diminue la compression douloureuse de ces parties en substituant à un corps assez dur un autre plus souple et élastique.

Il est difficile de savoir si, d'une façon générale, le tampon de charpie est plus douloureux que la vessie dilatable. Les auteurs ne donnent à cet égard que des renseignements fort vagues, qui trahissent plus leurs préférences pour tel ou tel procédé que le fruit d'une observation suffisante.

6° *Le tampon produit-il la septicémie?*

Le tampon pratiqué avec de la charpie a été accusé de provoquer la septicémie. Ce reproche était, en effet, mérité autrefois, mais ne l'est plus aujourd'hui, si on prend les précautions antiseptiques dont nous avons parlé plus haut.

Pour répondre à cette objection qui avait été de nouveau émise en Allemagne, en 1884, nous avons, dans la *Semaine médicale* de 1885, p. 117, publiéla statistique de tous les cas de placenta prævia observés à la Maternité pendant les années 1882, 1883, 1884, et dont le total s'élevait à 30[1].

1. Plusieurs comptes rendus ont mal interprété cette statistique et

Nous ne revenons pas sur les chiffres publiés alors, ceux que nous possédons aujourd'hui étant plus considérables et embrassant les cas précédents.

Le nombre total de cas de placenta prævia traités à la Maternité ; de 1882 à 1885, s'élève à 43, sur lesquels la méthode de Leroux exclusive a été employée 18 fois (*V.* page 203).

Sur ces 18 cas, deux femmes succombèrent : l'une, profondément albuminurique à son entrée à l'hôpital, d'urémie, mourut au bout d'un mois ; — l'autre, traitée incomplètement en ville, arriva exangue à la Maternité, l'enfant fut extrait par la version, la femme expira quelques instants après la délivrance.

Dans ces deux cas, ainsi qu'on le voit, il ne peut être question de septicémie. Les faits jugent donc l'objection. *Jamais, jusqu'à présent, le tampon pratiqué avec les règles de l'antisepsie n'a été la cause d'accidents septicémiques.*

Nous ne pouvons, toutefois, passer sous silence les recherches expérimentales faites par le Dr Koch[1] (d'Heidelberg), sur l'action septique du tampon.

Koch a pris de la ouate et, après l'avoir trempée dans divers liquides antiseptiques à différents degrés de force, il l'a imprégnée de sang de bœuf mélangé de sécrétions vaginales. Il a placé cette ouate dans une étuve ayant la température ordinaire du corps. Au bout de 8 à 90 heures, il en a pratiqué l'examen pour voir si les microbes s'y étaient développés. Il a pris ensuite de ces microbes et en a fait des cultures qui réussissaient parfaitement.

ont considéré les 30 cas comme traités par le tamponnement, alors que dans plusieurs aucune intervention n'avait été pratiquée pendant la période de dilatation. — Ces 30 cas comprennent la totalité des faits observés à la Maternité pendant les trois années en question, et pour la majorité desquels la méthode de Leroux avait été appliquée.

1. Centralblatt f. Gynæk., 1885, p. 610.

L'auteur n'a trouvé aucun antiseptique susceptible d'empêcher le développement des microbes dans le tampon ouaté. La solution de sublimé corrosif à 1/500e, plus forte par conséquent qu'on ne peut l'employer en clinique, n'empêche pas leur pullulation. Le sublimé est ici, en particulier, un mauvais agent, car il est annihilé par l'albumine du sang avec laquelle il se combine.

Même impuissance pour l'iodoforme, l'acide borique.

L'antiseptique qui a paru le mieux réussir est l'acide phénique de 2,5 à 5 p. 100, ou l'acide salicylique à 5 ou 10 p. 100. Ce sont les deux agents qui retardent le plus la reproduction microbienne. (L'auteur place encore au-dessus *l'essigsaure Thonerde*, acétate d'alumine.)

Ces recherches sont certainement de grand intérêt; mais pour entraîner la conviction, elles auraient besoin d'être répétées et vérifiées. Elles ne peuvent enfin renverser le fait clinique nettement établi aujourd'hui par notre statistique, à savoir que le tampon fait avec les mesures antiseptiques indiquées n'entraîne pas la septicémie.

7° Le tampon produit-il des accidents locaux?

Les dangers locaux du tampon sont de deux sortes :

1° Appliqué brutalement, il peut produire des plaies, des déchirures du vagin. Cet accident doit être très rare, car dans les observations de la Maternité, où le tamponnement a été souvent pratiqué au dehors, nous ne trouvons que deux cas (obs. 24 et 102) où il y eut plaie vaginale; et dans la dernière observation seule où la plaie était de faible importance, le tampon peut être, non encore sans quelques restrictions, incriminé.

2° Appliqué trop longtemps, au delà de 12 heures, le tampon peut amener :

La rétention d'urine et l'arrêt des matières fécales ;

La décomposition, la putréfaction des débris organiques retenus dans le vagin;

La mortification des parois vaginales (obs. 11 de la Maternité, où la vessie Gariel fut laissée 72 heures en place, et l'obs. 124 où le tampon de Leroux, appliqué à plusieurs reprises, fut laissé une fois 18 heures et remplacé par le double ballon Chassagny. Dans ces deux cas, il y eut des eschares du vagin).

Ces dangers sont, on le voit, faciles à éviter.

8° *Conclusions.*

Du tampon en général.

1° *Avantages* :

1° Moyen toujours et facilement applicable ;

2° Moyen hémostatique puissant.

2° *Inconvénients :*

1° Moyen souvent pénible pour les femmes;

2° (Reproche de septicité non fondé).

Du tampon en particulier.

1° *Tampon-vessie dilatable.*

a. Moyen dont le principal avantage est la *simplicité*, mais dont l'action hémostatique est inférieure à celle du tampon de Leroux.

b. Pas de statistiques suffisantes permettant de juger ce procédé depuis l'application de la méthode antiseptique.

2° *Tampon Leroux.* — (Bourdonnets de charpie ou de ouate).

a. Moyen dont le principal avantage est l'*efficacité*,

mais qui est plus compliqué que l'emploi de la simple vessie dilatable.

b. Mortalité avec l'emploi du tampon Leroux *antiseptique.*

Mortalité maternelle. . . . . . . 6 p. 100
Mortalité fœtale . . . . 55 p. 100

IV

Méthode de Guillemeau.

ACCOUCHEMENT FORCÉ

Nous citons textuellement le chapitre de Guillemeau[1] :

« *Le moyen de secourir la femme quand l'arrière-fais se* « *présente.*

« Pour secourir la femme quand l'arrièrefais se pré- « sente le premier au conduit de la nature de la femme, « *le plus seur et expédient est de délivrer soudainement la* « *femme*, d'autant qu'il s'ensuit ordinairement continuel « flux de sang, pour ce que les embouchеures des vessies « qui sont situées aux parois de la matrice (esquelles « celles de l'arrièrefais étaient joinctes) sont ouvertes : « et comme la dite matrice se bande et exprime pour « mettre hors l'enfant, par mesme moyen qu'elle fait « sortir le sang, lequel y est contenu, et celui (qui pour « la chaleur et la douleur y est appelé. D'autre part,

1. De la grossesse et accouchement des femmes, par Ch. Guillemeau. Paris, 1571, p. 231.

« l'enfant, estant enfermé en la matrice, l'orifice estant
« bouché par le dit arrièrefais, ne respirant plus par
« les artères de la mère, sera tost suffoqué faute d'aide,
« et même englouti du sang qui est contenu en la ma-
« trice, et qui coule des vessies qui sont ouvertes en
« icelle.

« Mais devant que de rien attenter, il faut observer
« deux choses : la première est de considérer si le dit
« arrièrefais est peu ou beaucoup advancé et sorty;
« car étant peu advancé (après avoir bien situé la mère)
« il sera remis et repoussé le plus diligemment que faire
« se pourra : et si la teste de l'enfant se présente, elle
« sera conduite au couronnement pour aider à l'accou-
« chement naturel. *Mais que la dite teste ne se puisse tost*
« *advancer, ou que la mère ou l'enfant, ou tout deux en-*
« *semble soient débiles, prévoyant que l'accouchement soit*
« *long, sans faute le plus expédient sera de chercher les*
« *pieds de l'enfant, comme nous l'avons dit, et le tirer*
« *par iceux*.

« L'autre poinct a observer, est si le dit arrièrefais
« est fort sorti, et qu'il ne se puisse remettre tant pour
« sa grosseur que pour le flux de sang qui l'accom-
« pagne ordinairement : joint aussi que l'enfant le suit
« de près, et ne demande qu'à sortir et venir au monde,
« il faudra tirer du tout le dit arrièrefais, lequel estant
« tiré et sorty sera mis à côté sans coupper le boyau
« qui est adhérent à icelui. Car par le guide du dit
« boyau, l'enfant se trouvera, lequel s'il est vivant ou
« mort, sera tiré par les pieds le plus dextrement que
« faire se pourra. Ce qui ne se doit faire qu'à une grande
« nécessité, afin de tirer l'enfant soudainement, comme
« il est aisé de juger par la sentence d'Hippocrate,
« livre premier *de Morb. Mulierum*, quand il dit que l'ar-
« rièrefais ne doit sortir que le dernier ; car s'il sortait
« le premier, l'enfant n'aurait point de vie, pour ce qu'il

« tire sa vie de luy, comme une plante fait de la terre,
« ce qui se fait par le moyen de la veine et artère om-
« bilicales jointes et éparses dedans l'arrièrefais, qui
« est attaché aux parois de la matrice. Et comme il
« en est détaché et sorty dehors le premier, l'enfant
« demeurant au dedans, il perd et la respiration et
« la nourriture, sans lesquels il ne saurait vivre.

« Il peut advenir qu'une portion de l'arrièrefais,
« comme la membrane qui contient les eaux, se pré-
« sente semblable à une peau qui sort du conduit naturel
« de la femme, mesme de longueur environ de demy
« pied, ce qui peut advenir à celles à qui les eaux se
« présentent, et sortent hors le dit conduit de la gros-
« seur du poing et davantage, lesquelles se sont per-
« cées, qui fait que la dite membrane demeure sortie
« sans que l'enfant suive les dites eaux. Telle chose
« advenant, elle ne doit estre tirée par force d'autant
« que l'arrièrefais, souvent, n'est séparé des parois de
« la matrice, et en la tirant, vous attirez le dit arriè-
« refais, et par conséquent la matrice ou portion d'icelle
« à laquelle il est attaché, ce qui cause ordinairement
« des douleurs extrêmes et défaillance à la pauvre mère,
« voire souvent la mort ; comme à mon grand regret
« j'ai veu arriver à une honneste damoiselle, laquelle
« soudain mourut après avoir été accouchée, s'estant
« mise entre les mains d'une garde qui contrefaisait
« la sage-femme, laquelle fust si hardie de luy tirer et
« arracher la dite membrane et portion de l'arrièrefais :
« ce qui nous fut découvert par une sienne fille de
« chambre, qui l'avait gardée, laquelle nous la monstra
« après son deceds, d'autant que nous estions en peine
« de sçavoir la cause de sa mort ; mais telle chose
« advenant la dite peau ne doit estre tirée ainsi plustot
« doucement remise, ou bien entre icelle et le col de la
« matrice couler sa main pour chercher les pieds de

« l'enfant et les tirer comme nous avons dit cy-dessus.
« J'ay cité cette histoire au long pour le regret que j'ay
« eu de la mort de la dite damoiselle, l'ayant accouchée
« par deux fois de ma main, n'estant assez tost arrivé
« pour la secourir la troisième fois. »

L'*accouchement forcé* consiste donc dans l'extraction de l'enfant, alors que l'orifice utérin n'est pas complètement dilaté ou dilatable.

Müller [1] a pu réunir 92 cas dans lesquels l'accouchement forcé avait été pratiqué alors que l'orifice utérin présentait des dimensions inférieures à une pièce de 5 francs (bis gulden oder Thalergross) et dans lesquels le fœtus était arrivé au moins au huitième mois de la grossesse.

Sur ces 92 femmes, 44 moururent. Mortalité : 48 p. 100.

Sur les 94 enfants (2 gr. gémel.), 59 morts. Mortalité 63 p. 100.

Dans la statistique de la Clinique, nous trouvons 2 cas d'accouchement forcé (*V*. page 199) : les deux mères et les deux enfants succombèrent.

Dans la statistique de la Maternité, un cas (obs. 33) : la mère et l'enfant succombèrent.

En ajoutant ces 3 cas à la statistique de Müller, nous arrivons aux chiffres de mortalité suivants :

Mères.	49 p. 100
Enfants.	64 p. 100

On voit par cette statistique, et surtout par les 3 cas

1. Placenta prævia. Stuttgart, 1877, p. 278.

que nous avons rapportés, les mauvais résultats fournis par l'accouchement forcé.

Non moins mauvaises sont les incisions pratiquées sur l'orifice utérin, ainsi que les faisaient quelquefois P. Dubois et Depaul. Voici les conseils donnés à cet égard par ce dernier auteur [1] :

« Dans quelques cas rares, l'orifice utérin, malgré l'hé-
« morrhagie et l'excitation produite par la présence du
« tampon, reste rigide, se dilatant lentement et diffici-
« lement ; l'intérêt de l'enfant et surtout celui de la
« mère obligent, quand on est bien certain que la pro-
« longation du travail est due à cette rigidité, à recourir
« à un moyen dont il ne faudra jamais abuser cepen-
« dant : je veux parler de quelques incisions sur le bord
« de l'orifice. Ces incisions, dans ce cas, doivent être
« répétées sur plusieurs points de l'ouverture utérine et
« très peu profondes, pour ne pas atteindre les gros
« vaisseaux qui parcourent cette région de la matrice,
« surtout dans cette condition particulière. »

Ces incisions deviennent la source d'hémorrhagies graves et parfois l'origine de ruptures utérines.

A l'observation 84 de la Maternité, on trouve un exemple des funestes résultats fournis par cette opération.

Vouloir extraire le fœtus avant la complète dilatation ou complète dilatabilité de l'orifice utérin, c'est exposer la mère aux déchirures et ruptures de l'utérus et compromettre sérieusement sa guérison.

Ce danger existe d'une façon particulière quand le placenta est vicieusement inséré. Le segment inférieur de l'utérus présente alors une vascularisation exagérée

1. Clinique obstétricale. Paris, 1872, 1876, p. 697.

et la moindre solution de continuité à ce niveau devient une source abondante de sang.

L'accouchement forcé est donc une déplorable méthode. — Les incisions du col sont aussi, sinon plus, mauvaises. — Toute méthode qui expose aux déchirures du col utérin est à rejeter.

L'intégrité du segment inférieur et de l'orifice externe de l'utérus doit être une des principales préoccupations de l'accoucheur, dans le traitement du placenta prævia.

V

Méthode de Barnes.

DILATATION PAR SACS EN CAOUTCHOUC

Pour accélérer la dilatation pendant laquelle se fait et se continue l'hémorrhagie du placenta prævia, Robert Barnes[1] a conseillé l'emploi de sacs en caoutchouc dont la forme rappelle celle de violons. Ces *sacs violons*,



Fig. 8. — Sacs violons de Barnes.

dont il existe six dimensions différentes, sont portés en place au moyen d'une tige métallique reçue dans une petite poche ménagée sur une de leurs faces. On les gonfle avec de l'air ou de l'eau.

Barnes a proposé l'emploi de ces sacs élastiques dans divers cas où l'orifice utérin doit être dilaté prompte-

1. Opérations obstétricales, Barnes, 1873 ; Trad. Cordes, p. 399 et Edinburgh medical Journal, juillet 1862. p. 1.

ment. Il n'est question ici que du placenta prævia et de leur usage dans cet état pathologique.

L'éminent accoucheur de Londres commence par décoller le placenta circulairement, ainsi que nous le verrons plus loin (page 69) ; après quoi il introduit successivement la série de ses ballons jusqu'à ce que la dilatation soit complète. Il intervient alors pour terminer l'accouchement soit par le forceps, soit par la version.

Ainsi qu'on le voit, la dilatation par les sacs violons n'est qu'une des phases de la conduite préconisée par l'accoucheur anglais : c'est le second stade de sa méthode. Si nous l'avons séparée et décrite à part, c'est que ce mode de dilatation nous a paru mériter une place particulière entre l'accouchement forcé et l'accouchement prématuré provoqué.

Il est bien probable que les succès obtenus par Barnes et ses imitateurs sont dus à la dilatation seule et non au décollement partiel. Mais les statistiques ne permettent pas la dissociation de ces deux procédés réunis par les différents opérateurs.

Nous renvoyons, pour les résultats fournis par l'emploi des sacs violons, à la méthode de décollement partiel (page 71).

A côté de la méthode de dilatation de Barnes, méthode de douceur quoiqu'agissant avec une certaine rapidité, nous en placerons trois autres : celles de Murphy, de Chassagny et de Jungbluth.

Murphy[1], dans les cas où on n'a pas les sacs vio-

1. The treatment of placenta prævia, par James Murphy. Newcastle, 1885, p. 10.

lons, a conseillé de se servir des doigts et de la main. On introduit les doigts groupés en cône dans l'orifice utérin, on les fait pénétrer de plus en plus à mesure que l'orifice s'ouvre. On a ainsi un véritable tampon digital.

L'appareil de M. Chassagny[1], le double ballon hémostatique, présente, quant à son action, une grande analogie avec les sacs violons de Barnes.

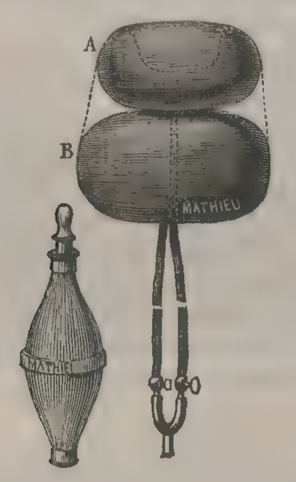


Fig. 9. — Double ballon de Chassagny.

Il se compose de deux ballons superposés, correspondant chacun avec un tube distinct, de manière qu'on puisse les gonfler séparément.

Le ballon supérieur s'introduit dans la cavité utérine ; l'inférieur est placé dans la cavité vaginale. Puis les deux ballons sont successivement gonflés ; d'abord le vaginal, qui joue le rôle de soutien, puis l'utérin.

1. Nouveaux moyens hémostatiques. Chassagny. Paris, 1868.

Cet appareil, auquel on peut surtout reprocher la difficulté d'application, a l'avantage d'exercer une action dilatatoire sur l'orifice utérin en même temps qu'il oppose une digue vaginale à l'écoulement du sang.

Le double ballon de Chassagny a été appliqué six fois à la Maternité, et cela depuis l'avènement de l'antisepsie, c'est-à-dire depuis 1882 ; les résultats qu'il a fournis n'ont pas été heureux, ainsi qu'on peut le voir par la statistique (V. page 205).

Mortalité maternelle	33 p. 100
Mortalité fœtale	83 p. 100

Les faits sont, il est vrai, en nombre peu considérable, mais ils ne sont pas encourageants.

Théoriquement, l'appareil de Chassagny semble d'ailleurs inférieur aux sac violons, car il n'agit pas aussi directement sur l'orifice utérin (qui correspond au trait d'union des deux ballons) que le font les sacs de Barnes. Plus loin, nous verrons également que les faits plaident en faveur de l'appareil de Barnes.

Poursuivant la même idée que les auteurs précédents, JUNGBLUTH[1] (d'Aix-la-Chapelle) s'est servi de cônes d'éponges préparées pour dilater le col, imitant en cela le procédé d'accouchement provoqué de Kluge. Qu'il nous suffise de mentionner ce mode de dilatation appuyé par aucune statistique. Le même moyen a d'ailleurs été employé avant Jungbluth par Gaillard Thomas[2].

---

1. Jungbluth. Zur behandlung der placenta prævia. Sammlung Klin. V. page ?, nº 235, in Centralblatt Gynæk., 1884, p. 37.
2. American practitionner. New-York, mai 1877.

VI

Méthode de Greenhalgh.

ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ.

A la suite d'une série d'observations puisées dans sa propre pratique et de celles mentionnées dans la statistique de Read, ROBERT GREENHALGH [1] arrive à cette conclusion que l'accouchement prématuré artificiel est la méthode qui, dans les cas de placenta prævia, fournit les meilleurs résultats pour la mère et pour l'enfant.

On sauverait, d'après l'auteur [2], les 2/3 des enfants et on ne perdrait qu'une mère sur 53. (Nous ne savons comment Greenhalgh arrive à ces conclusions, car l'étude de la statistique qu'il fournit nous a donné d'autres résultats, que nous consignerons un peu plus loin.)

Provoquer l'accouchement prématuré aussitôt que le diagnostic est certain, tel est pour l'accoucheur anglais l'idéal du traitement du placenta prævia.

Pour arriver à ce but, il pratique pendant l'hémorrhagie génitale le tamponnement à l'aide d'un appareil à peu près identique au colpeurynter, qu'il distend avec de l'air. — Il place en outre sur l'abdomen une ceinture élastique, destinée à comprimer l'utérus et à prévenir l'accumulation de sang dans son intérieur.

Nous voici, par un point de départ différent, ramené à la méthode de Leroux. L'accoucheur de Dijon pratiquait le tamponnement pour opposer une digue au sang ; Greenhalgh le fait dans une autre vue : celle de

1. London obstetrical Transactions, 1865, p. 140.
2. Page 74, de Lond. obst. Transact.

provoquer des contractions utérines et d'amener l'accouchement prématuré artificiel.

Sauf le but recherché, les deux méthodes de Leroux et de Greenhalgh sont donc identiques.

Dans les cas de Greenhalgh, destiné à prouver l'excellence de sa méthode, nous sommes obligé, pour faire une statistique ayant quelque valeur, de choisir les observations. Nous ne prenons que les cas de tamponnement pratiqué avant terme et ayant provoqué l'accouchement prématuré.

Dans la statistique personnelle de l'auteur, publiée sous forme de tableau (page 160 de son article), il y a 7 cas, avec 2 femmes mortes et 5 enfants morts.

Dans la statistique de Read, 23 cas : 6 femmes mortes, 15 enfants morts.

En additionnant ces résultats, nous trouvons 30 cas, avec 8 femmes mortes et 20 enfants morts.

Dans plusieurs de ces observations, l'ergot de seigle fut donné pendant le travail.

Quant à la cause de la mort des femmes, elle est omise pour la plupart.

Gaillard Thomas [1] a employé la même méthode dans 11 cas ; mais il s'est servi comme agent provocateur des contractions utérines, tantôt de l'éponge préparée, tantôt des sacs de Barnes : 1 femme mourut, ainsi que 5 enfants.

En additionnant les cas de Greenhalgh, de Read et de G. Thomas, nous avons un total de 41 cas, avec 9 femmes mortes et 25 enfants morts, ce qui donne comme mortalité :

Mères	22 p. 100
Enfants	61 p. 100

En réunissant ces trois statistiques, nous sommes

1. American practition. New-York, mai 1877.

arrivé à constituer une sorte d'individualité à la méthode de Greenhalgh. Mais en somme, sauf l'idée directrice, il ne s'agit pas ici d'un procédé spécial.

En effet, en appliquant le tampon à bourdonnets de charpie avant le travail, on fait aussi bien la méthode de Leroux que celle de Greenhalgh.

En plaçant un sac violon de Barnes dans le col d'une femme non encore en travail, ne suit-on pas aussi bien la méthode de Barnes que celle de Greenhalgh ?

La méthode de Greenhalgh ne pouvant être séparée de divers autres procédés, nous n'en reparlerons plus dans le cours de notre travail.

Une question cependant doit être posée avant d'abandonner ce chapitre.

Quand, pendant les trois derniers mois de la grossesse, le diagnostic du placenta prævia a été posé d'une façon certaine, et en l'absence d'hémorrhagie, ne conviendrait-il pas de provoquer l'accouchement par les moyens usités habituellement tels que la sonde de Krause ou le ballon dilatateur de M. Tarnier ?

Une réponse catégorique à cette question n'a pas été donnée. Greenhalgh a bien proposé de provoquer l'accouchement, mais seulement quand l'hémorrhagie existe et non en dehors d'elle.

Vaudrait-il mieux, pour la mère et l'enfant, interrompre la grossesse à 7 ou 8 mois ? Nous ne pouvons que poser la question sans la résoudre.

VII

Méthode de Simpson.

ARRACHEMENT TOTAL DU PLACENTA

Le professeur J.-Y. Simpson, d'Édimbourg, expliquait d'une façon spéciale la production de l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia. Le sang, d'après lui, ne s'échappe pas par la surface utérine, mais par le placenta lui-même. Pour arriver au dehors, il traverse la paroi utérine, le placenta maternel dans la portion non décollée et arrive au dehors par la portion placentaire décollée [1].

Partant de cette idée sur la pathogénie de l'hémorrhagie, et guidé par des faits cliniques dans lesquels l'expulsion du placenta, précédant celle de l'enfant (filius ante patrem, d'A. Paré), avait amené la cessation de l'hémorrhagie, Simpson conseille de décoller complètement cet organe avec la main partiellement ou totalement introduite dans la cavité utérine. Le placenta décollé est brusquement et violemment arraché.

Après cette première manœuvre, si l'hémorrhagie cesse, ainsi que c'est l'habitude, on abandonne l'expulsion du fœtus à la nature (inutile de dire qu'en pareil cas la mort de l'enfant est à peu près fatale); si, au contraire, l'hémorrhagie continue, il faut tâcher de terminer l'accouchement au plus vite. (Ici, sans se prononcer d'une façon nette, Simpson préconise l'accouchement forcé.)

1. Clinique obstetr. de Simpson, Trad. Chantreuil, 1874, p. 198.

Cette méthode, indiquée au XVII[e] siècle par un accoucheur français Portal, qui l'appliqua dans deux cas, préconisée ensuite par Trinchinetti(1806) et Chapmann(1808), fut l'objet d'une première communication de la part de Simpson, en 1841, à la Société obstétricale d'Édimbourg, et fut exposée d'une façon complète par lui, en 1844, à la même Société et, en 1845, dans le *Lond. and Edinb. monthly Journ. of med. science* (March., p. 169).

Simpson est loin de conseiller sa méthode en toute circonstance; il la réserve, et il insiste sur ce point, pour les cas graves, ceux dans lesquels la rupture des membranes ou la version sont insuffisantes à arrêter l'hémorrhagie.

Les résultats fournis par la méthode de Simpson sont les suivants (d'après les statistiques de l'auteur) :

Sur 141 cas réunis par l'accoucheur anglais dans différents auteurs, il n'y aurait eu que 10 décès pour les mères et 82 enfants morts.

Mais en analysant attentivement les faits de Simpson, on voit que les 47 premiers faits doivent être comptés pour la méthode qu'il préconise; dans ces cas seuls, en effet, le placenta sortit un certain temps avant l'enfant; dans les autres il fut extrait en même temps ou à une époque indéterminée; or, sur ces 47 cas, il n'y eut que 3 décès de mères, c'est-à-dire une mortalité de 6,3 p. 100; mais en revanche, un seul enfant fut sauvé : mortalité 96 p. 100.

Ces résultats déplorables pour les enfants étaient excellents pour les mères; mais en dehors de Simpson, les statistiques sont bien moins bonnes.

WALLER [1], 33 femmes, 10 mortes, 30 enfants morts.

TRASK [2], 61 femmes, 13 mortes, 41 enfants morts.

1. Waller. Medic. Times and Gazette, oct. 1854.

2. Trask. Statistique de placenta prævia, d. le travail de Ludwig Müller.

Dans la statistique de la Maternité, il y a 8 cas où la méthode de Simpson fut appliquée (*V.* page 206).

Mères mortes, 4, guéries 4.
Enfants morts 7, vivants 1.

En faisant le total des cas de Simpson, Waller, Trask et de la Maternité, nous arrivons aux résultats suivants :

Nombre total des cas, 149.

Mères mortes,	30.	Mortalité : 20 p. 100.
— guéries,	119.	
Enfants morts,	124.	Mortalité : 83 p. 100.
— vivants,	25.	

Quant à la méthode de Simpson, au point de vue de son influence sur l'arrêt de l'hémorrhagie, nous la trouvons interprétée de la façon suivante par Müller [1], d'après une statistique de Trask :

Dans 42 cas,

28 fois l'hémorrhagie fut arrêtée,
14 fois l'hémorrhagie continua,
Modérée dans 13 cas,
Grave dans 1 cas.

On voit par là que l'arrachement du placenta est loin d'être un moyen hémostatique sûr. Aussi la méthode de Simpson, dont les résultats sont très mauvais au point de vue des enfants, est-elle aujourd'hui, sauf pour quelques cas exceptionnels, généralement abandonnée.

1. Ludwig Müller. Placenta prævia. Stuttgart, 1877, p. 291.

VIII

Méthode de Barnes.

DÉCOLLEMENT PARTIEL DU PLACENTA

« Introduisez [1] la main dans le vagin, portez un ou « deux doigts aussi loin que possible entre le placenta et « l'utérus, faites-leur décrire un cercle autour de l'ori- « fice, de façon à décoller le placenta aussi loin qu'ils « pénètrent; si vous sentez le bord du placenta, *ouvrez « largement les membranes à ce niveau,* surtout si elles « ne sont pas encore déchirées; assurez-vous, si vous le « pouvez, de la position du fœtus avant de retirer votre « main. En général, après cette opération, le col se re- « tire un peu *et souvent l'hémorrhagie cesse.* »

C'est ainsi que Barnes décrit son procédé de décollement partiel du placenta, procédé publié pour la première fois dans l' « Edinburgh medical Journal » de 1862, et depuis, en 1864, dans le « Medical Times and Gazette ».

Ce décollement présente une certaine analogie avec celui opéré par Simpson ; mais il s'en distingue par deux points principaux : 1° il est incomplet; 2° il n'est pas suivi de l'extraction du placenta.

Souvent l'hémorrhagie s'arrête, dit l'auteur, mais non toujours, auquel cas il faut avoir recours à la dilatation artificielle au moyen des sacs en caoutchouc.

1. Barnes. Lec. sur les opérat. obstétricales, Trad. Cordes, 1873, p. 399.

Barnes n'est d'ailleurs pas exclusif dans les moyens de traitement qu'il emploie ; il est partisan, en certains cas, de la rupture artificielle des membranes d'après la méthode de Puzos, et dans d'autres du tampon. Mais nous ne prenons de l'éminent accoucheur anglais que les points originaux.

Le décollement partiel du placenta a un double but : 1° permettre une dilatation plus facile de l'orifice utérin ; 2° supprimer ou diminuer l'hémorrhagie.

1° *Faciliter la dilatation de l'orifice utérin.* — Cette dilatation comporte en effet l'ampliation de tout le segment inférieur de l'utérus ; or, le placenta prævia est adhérent à ce segment, il gêne son élasticité, de même que le collodion appliqué à la surface de la peau lui enlève sa souplesse. — En décollant le placenta dans la zone dangereuse ou prævia, ce qui est tout un, on remédie à cet inconvénient.

2° *Supprimer ou diminuer l'hémorrhagie.* — Ce sont les décollements successifs du placenta dans la zone dangereuse qui amènent et entretiennent l'écoulement sanguin. Or, en produisant brusquement et d'un coup le décollement, on a d'abord une hémorrhagie plus intense, mais qui cesse bientôt et ne se reproduit plus pendant le reste du travail.

Voici la méthode et le but recherché ; voyons si l'une conduit bien à l'autre.

La zone dangereuse s'étend (*V.* page 5) à 8 cent. environ de l'orifice interne sur le segment inférieur de

l'utérus. — Or, l'index seul, ou l'index et le médius réunis, mesurant à peu près cette longueur, le décollement qu'ils produiront s'étendra jusqu'aux limites voulues.

Le fait est très exact quand le col n'est pas effacé ; mais quand l'effacement du col a eu lieu, les conditions sont tout à fait changées, et Barnes passe complètement sous silence ce point important !

Si, après l'effacement, on enfonce les doigts à travers l'orifice externe et qu'on les promène circulairement, il est bien probable qu'on ne dépassera pas les limites de l'ancien orifice interne, et qu'on ne pourra en conséquence produire aucun décollement.

La méthode de Barnes n'est donc applicable que quand l'effacement ne s'est pas produit, sans quoi elle est illusoire.

Arrivons aux résultats.

James Murphy, chaud partisan de cette méthode, a récemment publié[1] une statistique qui nous permettra de baser notre jugement sur des chiffres.

L'auteur anglais emploie la méthode complète, c'est-à-dire qu'il fait d'abord le décollement partiel du placenta avec le doigt et applique ensuite les sacs violons.

La statistique de Murphy comprend 23 cas ; toutes les femmes ont guéri — 13 enfants morts — 10 vivants.

Sur ces 23 cas, 16 fois la méthode de Barnes a été appliquée. — Résultats :

Mères, pas de mort. Mortalité : 0 p. 100
Enfants, 9 vivants, 7 morts. Mortalité : 43 p. 100

1. Trans. of the Northumberland and Durham medical Society, 1885.

Sur ces 16 cas, autant qu'on peut le juger d'après les renseignements parfois incomplets de l'auteur,

a. La méthode a été appliquée avant le travail, 9 fois.

Résultats :

Mères,	0 mort,	Mortalité : 0 p. 100
Enfants,	7 vivants, 2 morts,	Mortalité : 22 p. 100

b. Après le début du travail, 7 fois.

Résultats :

Mères,	0 mort,	Mortalité : 0 p. 100
Enfants,	4 morts, 3 vivants,	Mortalité : 57 p. 100

Les résultats obtenus par Murphy, à l'aide de la méthode de Barnes, sont excellents. Il aurait été utile, pour pouvoir juger complètement cette méthode, de posséder une autre statistique analogue permettant de voir si, entre les mains d'un opérateur différent, les succès auraient été aussi complets. Malheureusement cette statistique fait défaut. Force est donc de nous en tenir à la précédente.

Il est également impossible de juger de la valeur relative des deux procédés de Barnes ordinairement réunis par les opérateurs : le décollement partiel du placenta et la dilatation par les sacs violons. — L'emploi des sacs dilatateurs sans décollement du placenta fournirait-il de meilleurs ou moins bons résultats? L'épreuve vaut la peine d'être tentée; il est possible que, en l'absence de décollement, la vie du fœtus soit moins en danger, sans que la mère en souffre. Mais rien encore n'autorise à l'affirmer.

Retenons de la méthode de Barnes les résultats obtenus par Murphy :

Mortalité maternelle. . . . . 0 p. 100
Mortalité fœtale. . . . . 43 p. 100

IX

Méthode de Bunsen.

ARRACHEMENT PARTIEL DU PLACENTA

Bunsen (de Francfort)[1], publia, en 1839, un court travail, dans lequel il indique la conduite qu'il conseille de suivre dans les cas de placenta prævia, pendant la grossesse et l'accouchement.

La thérapeutique qu'il préconise pendant le travail est peu intéressante, mais il n'en est pas de même du procédé de traitement avant l'accouchement.

Nous traduisons littéralement une partie du travail de l'auteur allemand :

« Au mois de mars 1822, à 11 heures du matin, je « fus appelé auprès de Mme B..., épouse d'un jardinier, « jeune et forte femme. Elle était enceinte pour la pre- « mière fois, sa grossesse datait de quatorze semaines « environ. Depuis trois semaines, elle avait plusieurs fois « trouvé des taches de sang sur sa chemise, quand, « après avoir soulevé un lourd fardeau, tout à coup « une importante hémorrhagie se déclara, suivie de « douleurs expulsives et par moments de sensations « pénibles dans les reins. Cet état durait depuis quatre « heures quand j'arrivai. A l'examen, la portion vaginale « du col utérin était très raccourcie pour l'époque de « la grossesse ; les orifices externe et interne de l'uté- « rus étaient suffisamment ouverts pour permettre la « pénétration facile du doigt ; j'y sentis un morceau de « placenta gros comme une noisette. Convaincu qu'il

1. Neue Zeitschrift für Geburtskunde, 1839, vol. XVII, p. 38.

« était impossible d'éviter l'avortement, et espérant
« diminuer l'hémorrhagie, je saisis ce morceau de pla-
« centa qui n'adhérait pas plus aux membranes que la
« substance d'une pomme de terre cuite à son enve-
« loppe, et l'enlevai facilement. Je plaçai une éponge
« dans le vagin et recommandai le plus grand repos.
« Tous les quarts d'heure, la malade devait prendre
« 20 gouttes d'une teinture de ratanhia et de cannelle à
« doses égales.

« Dans l'espace d'une heure, il ne se produisit ni
« hémorrhagie, ni douleur. Je quittai la malade et ne
« retournai auprès d'elle que le soir. Aucune douleur
« n'était survenue ; à la suite de la miction, l'éponge
« était sortie du vagin, rougie par un peu de sang
« coagulé. A mon grand étonnement, je trouvai le col
« complètement fermé et la portion vaginale reformée.

« Je fis pendant trois jours garder un repos absolu
« dans la position horizontale et continuer les 20 gout-
« tes de la teinture susdite. Aucun symptôme inquiétant
« ne s'étant montré, je permis à la malade de se lever
« et de reprendre peu à peu ses occupations, tout
« en s'abstenant d'effort violent. Elle accoucha à terme
« d'un garçon robuste et bien portant.

« Trois semaines s'étaient à peine écoulées, que j'ob-
« servai un cas analogue chez une femme qui avait déjà
« mis au monde deux enfants à terme. Je la traitai de la
« même façon et avec un égal succès.

« Je communiquai à feu mon collègue et ami, le D[r] Jas-
« soy, et peu de temps après, il eut l'occasion de faire
« semblable tentative.

« Depuis lors, et avec le même succès, j'ai traité de la
« même manière les cas de placenta prævia où l'ac-
« couchement menaçait de s'effectuer prématurément.
« Jusqu'ici, j'ai eu la satisfaction d'éloigner 7 fois la
« menace d'expulsion prématurée, et de voir les mères

« se réjouir du bonheur de donner le jour à des enfants
« à terme, après qu'elles avaient perdu tout espoir de
« les sauver.

« Dans ces 7 cas, 4 fois la grossesse était arrivée au
« 3e et 4e mois; une fois au 5e; une fois au delà de la
« moitié de la grossesse; une fois au 8e mois.

« Dans un de ces cas, après 3 suppressions successives
« de règles, une perte de sang eut lieu, et 4 semaines
« après, une autre; mais chaque fois on l'arrêta par le
« repos et des moyens appropriés. Immédiatement après
« que la femme eut senti les premiers mouvements
« fœtaux, à la suite d'une promenade fatigante, une hé-
« morrhagie plus considérable se produisit; la malade
« ressentit des douleurs légères, le col se dilata et un
« morceau de placenta gros comme une noix s'y enga-
« gea. J'enlevai ce morceau et, prenant les soins néces-
« saires, j'écartai le danger de l'avortement. Au moment
« où les règles auraient dû se présenter pour la 9e fois,
« les mêmes phénomènes se produisirent; je retirai un
« morceau de placenta de même volume que le premier.
« Quatre semaines après, la femme accoucha d'un enfant
« bien portant et à terme, son huitième, un garçon. Les
« membranes étaient déchirées au bord même du pla-
« centa, qui, à ce point, présentait une perte de subs-
« tance. »

Nous avons tenu à reproduire intégralement la méthode d'avulsion partielle du placenta de Bunsen, afin de laisser juge le lecteur.

Si les résultats répondaient au dire de l'auteur, on posséderait là une méthode presque merveilleuse; et, certes, les médecins qui, depuis 1839, traitent le placenta prævia seraient coupables de ne pas l'avoir employée.

En méditant les 7 cas dont parlé Bunsen, on est sur-

pris d'en trouver 6, c'est-à-dire presque tous, avec des accidents avant le début du 7e mois, alors que la règle pour les hémorrhagies du placenta prævia est qu'elles se produisent pendant les trois derniers mois.

Il paraît aussi un peu surprenant qu'on puisse enlever des fragments de placenta sans ouvrir l'œuf.

Néanmoins, malgré ces objections, nous sommes étonné de ne trouver aucune trace de cette méthode dans les statistiques modernes; elle vaudrait la peine d'être tentée. Actuellement, il nous est impossible de porter un jugement à son égard.

Signalons l'observation 39 de la Maternité, où pareille conduite fut à peu près suivie, à 4 mois 1/2 de grossesse. L'avortement ne s'en fit pas moins.

X

Méthode de Puzos.

RUPTURE DE MEMBRANES

Nous verrons successivement de la méthode de Puzos: 1° sa description; 2° ses résultats; 3° son action hémostatique; 4° son mode d'action; 5° ses indications et contre-indications.

1° *Description.*

Voici comment, en 1759, Puzos[1] décrit sa méthode : « Il s'agit d'augmenter la dilatation de l'orifice avec « le travail des doigts, dans le même ordre et avec

1. Traité des Accouchements, par Puzos. Paris, 1759, p. 334.

« autant de douceur que la nature a coutume de s'y « employer dans les cas ordinaires. Il est rare que la « perte de sang causée par le décollement de quelques « portions du *placenta* ne fasse ouvrir la matrice du plus « ou moins; la quantité de sang qui imbibe l'orifice et « les caillots qui s'y forment sont comme autant de « coins qui le dilatent et qui le disposent à fléchir sous « le poids des corps renfermés; ce commencement de « dilatation détermine l'accouchement, il s'y joint quel- « quefois de légères douleurs. Mais comme les faiblesses, « même les évanouissements, qui sont des accidents ordi- « naires à la perte, sont souvent des obstacles à la con- « tinuation des douleurs et à l'action de la matrice pour « chasser l'enfant, on est obligé de les rappeler lors- « qu'elles manquent, ou de les augmenter lorsqu'elles « sont trop faibles. Pour cet effet, il faut introduire un ou « plusieurs doigts dans l'orifice, avec lesquels on travaille « à l'écarter par des degrés de force proportionnés à sa « résistance : cet écartement gradué, interrompu de tems « en tems par des repos, fait naître des douleurs; il met « la matrice en action et l'un et l'autre font gonfler les « membranes qui contiennent les eaux de l'enfant; l'at- « tention pour lors doit être d'ouvrir les membranes le « plus tôt qu'on peut, pour procurer l'écoulement des « eaux, parce que leur écoulement diminue déjà l'écar- « tement de la matrice, qu'il fournit à cette partie le « moyen de se contracter et de s'emparer de l'espace « qu'elles occupaient dans sa cavité. La matrice ainsi « resserrée et tendant à l'être davantage, presse l'enfant « du fond vers son orifice; elle y excite de plus fortes « douleurs, les efforts volontaires et involontaires s'y « joignent. Les douleurs et les efforts mis à profit par la « malade, secondés par l'action des doigts portés circu- « lairement dans l'orifice pour l'écarter, réussissent pour « l'ordinaire et font avancer l'enfant; le sang qui s'échap-

« poit se trouve retenu dans les vaisseaux par la com-
« pression générale et par le resserrement de la partie :
« enfin la nature et l'art concourant ensemble pour avan-
« cer l'accouchement, il se fait pour l'ordinaire en assez
« peu de tems et l'on a presque toujours la satisfaction
« de sauver la vie à la mère et à l'enfant, qu'ils auraient
« infailliblement perdues par l'accouchement simplement
« naturel et qu'ils auraient extrêmement risquées par
« l'accouchement forcé. »

Il y a dans la description de Puzos deux points à considérer : 1° la dilatation de l'orifice utérin au moyen des doigts ; 2° la rupture artificielle des membranes. On n'a conservé de cette méthode que la seconde partie, l'ouverture de l'œuf, laissant de côté la dilatation de l'orifice utérin, qui est considérée comme dangereuse à cause des lésions qu'elle produit.

Aussi quand on dit aujourd'hui *méthode de Puzos*, on veut simplement dire : *rupture artificielle des membranes.*

Puzos n'employait cette méthode que quand le travail était déclaré ; nous en donnerons comme preuve l'observation suivante[1], intéressante à plusieurs égards : « Une
« dame attachée au commerce de diamans, qui était dans
« le sixième mois de sa grossesse, fut subitement inondée
« de sang dans son lit ; elle était à la campagne, à quatre
« lieues de Paris ; j'y fus mandé. Ne trouvant aucune
« apparence d'accouchement, je la fis saigner devant
« moi, je prescrivis une seconde saignée pour le lende-
« main ou pour le soir du même jour, si la perte l'exi-

1. Traité des Accouchements, par Puzos. Paris, 1759, p. 338.

« geait ; j'ordonnai à la malade de garder exactement le
« lit, de s'y donner le moins de mouvement qu'il lui
« serait possible et de vivre d'un régime convenable à sa
« situation : la perte s'arrêta le lendemain ; elle reparut
« quinze jours après cette première cessation : on saigna
« comme on avait fait ci-devant, les saignées eurent le
« même succès. Deux mois se passèrent sans accident,
« ce qui fit prendre à la malade la résolution de venir à
« Paris pour y faire ses couches avec plus de tranquillité
« qu'elle n'auroit fait à la campagne : je permis le voyage,
« pourvu qu'il fût fait en litière, ainsi que nous l'avions
« arrangé. Elle arriva chez elle sans accident et se mit
« au lit dans le dessein d'y rester jusqu'au tems de son
« accouchement ; mais à quelques jours de là, la perte
« reparut ; il s'y joignit même de petites douleurs pour
« lesquelles je fus appelé. Après avoir examiné si ces ac-
« cidents n'étaient pas le commencement du travail de
« l'enfantement, je trouvai la matrice assez dilatée pour
« me faire penser que l'accouchement se déterminoit. Je
« fis tirer trois palettes de sang, après quoi les douleurs
« étant trop faibles pour les laisser agir d'elles-mêmes,
« je travaillai selon ma méthode à aider la nature : l'ori-
« fice de la matrice, extrêmement dûr, résista longtems
« aux efforts gradués que je faisois pour l'écarter ; il sur-
« venoit de tems en tems des faiblesses, mais le retour
« des douleurs les faisoit passer. A la fin, je perçai les
« membranes, les eaux s'écoulèrent, les douleurs aug-
« mentèrent après leur écoulement ; à mesure que le tra-
« vail avançoit, la perte diminuait et la malade repre-
« nait force et courage ; ce secours de sa part et ce que je
« faisais de mon côté finirent l'accouchement au bout
« de trois quarts d'heure : l'enfant vint vivant et la mère
« revint dans sa santé ordinaire après un certain tems. »

Smellie alla plus loin que Puzos dans l'application de cette méthode, car voici ce qu'il écrit[1] : « Lorsque le « travail est en train et que de pareilles alarmes donnent « lieu à une perte si considérable que la malade en soit « épuisée, il n'y a pas de meilleur expédient pour la faire « diminuer, si même on ne l'arrête tout à fait, que de « rompre les membranes ; et dans ces derniers temps j'ai « souvent réussi à arrêter des pertes qui étaient survenues « *avant le travail*, en dilatant doucement l'orifice de la « matrice avec mon doigt, de manière à faire naître des « douleurs et *à faire venir le travail.* » Smellie rompt donc les membranes pour provoquer le travail.

La méthode de Puzos, déjà esquissée par Mauriceau, en 1668, fut aussi, avant 1759, préconisée par d'autres accoucheurs, Bohn, Dionis, Wessel, Deventer ; mais c'est à Puzos que revient le mérite de l'avoir vulgarisée et fait entrer définitivement dans la pratique obstétricale. — Trop nombreux ont été et sont les partisans de cette excellente méthode pour que nous songions à les énumérer.

2° *Résultats.*

Les résultats nous sont fournis par les statistiques de la Clinique d'accouchements et de la Maternité.

Nous ajoutons à ces cas les deux consignés plus loin, à propos de la méthode de Wigand (*V.* obs. 7, 8, page 112) dans lesquels, après avoir amené la tête au détroit supérieur, on appliqua la méthode de Puzos, et où l'ac-

1. Observations sur les Accouchements, par Smellie, t. II, p. 349, trad. Preville, Paris, 1777.

couchement fut spontané. Les deux mères guérirent, les deux enfants étaient vivants.

Pour compléter cette statistique et baser notre jugement sur un plus grand nombre de faits, nous prenons les cas où la rupture se fit spontanément avant la dilatation complète et où l'accouchement fut spontané. On comprend facilement que, spontanée ou artificielle, la rupture prématurée doit donner les mêmes résultats.

Nous trouvons, dans les observations de la Maternité, 7 cas de ce genre (obs. 43, 50, 61, 67, 114, 118, 125). Toutes les femmes guérirent, trois des enfants étaient morts.

Il n'est question ici, pour tous les cas de cette statistique, que de présentations du sommet. Nous avons éliminé aussi les cas où l'expulsion n'a pas été spontanée (forceps, version), l'intervention pouvant altérer les résultats de la méthode de Puzos.

Méthode de Puzos. (Prés. sommet et accouch. spontané.)

	Cas.	Mères mortes.	Enfants morts.
Clinique (1 gross. gémellaire).	13	3	8
Maternité	16	2	7
Méthode de Wigand (cas de M. Pinard)	2	0	0
Maternité (rupture spontanée avant dilatation complète).	7	0	3
Total. . .	38	5	18

Mortalité maternelle . . . . . 13 p. 100
Mortalité fœtale . . . . 46 p. 100

3° *Action hémostatique.*

La méthode de Puzos amène presque toujours l'hémostase. Sur les 16 cas que nous avons réunis dans la statistique de la Maternité, nous n'en trouvons que deux où l'hémorrhagie continua (obs. 35,49).

Muller[1], dans 11 cas réunis par lui, a noté que l'hémorrhagie cessa 6 fois et que 5 fois elle continua ou augmenta. Pour accepter les données de Müller, nous voudrions connaître le détail des faits; car la rupture des membranes ne doit être pratiquée que dans des circonstances données en dehors desquelles elle est mauvaise.

Voici ce que dit Bailly[2] de l'action hémostatique de ce procédé : « J'ai présent à l'esprit le souvenir de trop « de femmes chez qui les membranes avaient été artifi- « ciellement ouvertes dans la période de dilatation du « col, et qui cependant ont continué à perdre abondam- « ment, de manière à exiger ultérieurement l'emploi « du tampon, pour accorder aucune confiance à une « pratique qui ne saurait prévenir un décollement plus « étendu du placenta, et par conséquent de nouvelles « hémorrhagies pendant le travail. » Nous regrettons toutefois de ne pas posséder de détails sur les *nombreux cas* que l'auteur dit avoir vus : le degré de dilatation au moment de la rupture, la variété de présentation, seraient importants à connaître.

Nous ne saurions en aucune façon nous associer à l'opinion de M. Bailly. A l'appui de l'action hémostatique de la méthode de Puzos, nous apportons les faits de notre statistique qui démontrent qu'elle a pu arrêter l'écoulement du sang dans 14 cas sur 16. M. Bailly ne

1. Placenta prævia, 1877, p. 275.
2. Bull. de Thérapeut., 1876, t. XCI, p. 351.

lui oppose que des souvenirs manquant d'une précision suffisante.

Mais, il ne faut pas l'oublier, la méthode de Puzos requiert, pour réussir et arrêter l'écoulement sanguin, certaines conditions qui seront examinées et indiquées plus loin. Si plusieurs accoucheurs ont échoué en l'employant, c'est probablement pour n'avoir pas tenu compte de ces conditions.

4° Mode d'action.

Que fait-on en pratiquant la méthode de Puzos?

a. On rompt la poche des eaux;

b. Par l'intermédiaire de l'écoulement du liquide amniotique et de la rétraction utérine, on produit l'abaissement de la partie fœtale qui se présente;

c. On arrête le plus souvent l'hémorrhagie.

Nous avons donc, pour expliquer le mode d'action de cette méthode, à envisager successivement :

a. Le rôle de la poche des eaux dans la production de l'hémorrhagie;

b. Le rôle que joue dans l'hémostase la partie fœtale qui se présente;

c. Enfin, après avoir déterminé séparément le rôle de la poche des eaux et celui de la partie fœtale, il s'agira de faire la part de chacun de ces deux facteurs dans les résultats obtenus.

Ce chapitre est de la plus haute importance, car c'est lui qui doit nous expliquer le mode d'action de la plupart des méthodes qu'il nous reste à étudier.

Si on se reporte au tableau que nous avons donné des différentes méthodes de traitement du placenta prævia (*V.* page 23), on voit que, jusqu'ici, on a agi tantôt directement contre l'hémorrhagie, tantôt sur le col pour l'ouvrir, tantôt sur le placenta pour le décoller ou l'arracher. — Dans les deux dernières catégories qu'il nous reste à étudier, on agit soit sur les enveloppes de l'œuf pour les rompre, soit sur le fœtus pour faciliter sa sortie.

C'est le rôle des enveloppes de l'œuf et du fœtus dans les accidents de l'insertion vicieuse du placenta qu'il nous reste à voir pour comprendre l'action de ces derniers procédés.

Suivons le plan que nous nous sommes tracé.

---

a. Rôle de la poche des eaux dans la production de l'hémorrhagie.

Quelques explications sur la *formation de la poche des eaux* sont ici indispensables.

La poche des eaux est, comme on le sait, la partie des enveloppes de l'œuf qui est mise à nu par la dilatation du col utérin.

Deux théories sont en présence pour expliquer sa formation : 1° celle de l'élongation ; 2° celle du glissement.

1° *Théorie de l'élongation.* — Les enveloppes de l'œuf, sans perdre aucune de leurs adhérences normales avec la paroi utérine, subiraient au niveau de l'orifice utérin une distension considérable, grâce à laquelle la poche des eaux serait constituée. Cette théorie est démontrée fausse par les expériences de Duncan, qui prouvent que les membranes sont très peu extensibles.

2° *Théorie du glissement.* — A mesure que le travail

progresse, les membranes de l'œuf se décollent de la paroi utérine et glissent à sa surface. Décollement et glissement commencent au voisinage de l'orifice interne et remontent petit à petit le long des parois utérines dans l'étendue nécessaire à la formation de la poche des eaux.

C'est tout simplement l'œuf qui glisse le long des parois utérines pour tomber petit à petit dans le vagin, ou mieux, ainsi que l'a dit le professeur DUMAS [1] dans un excellent article où il traite de cette question, ce n'est pas l'œuf qui glisse le long des parois utérines, mais les parois utérines qui glissent le long de l'œuf. L'œuf est passif, la paroi utérine active.

Le décollement, ainsi que l'a très bien indiqué Schrœder, se fait tantôt entre le chorion et la paroi utérine, au niveau de la caduque dont les fragments recouvrent la surface interne du chorion, tantôt, et cela d'une façon exceptionnelle, entre le chorion et l'amnios. — Il faut pour que le décollement se fasse de cette dernière façon que le chorion soit rompu et que l'amnios vienne faire hernie à travers son ouverture. La poche des eaux est alors simplement constituée par l'amnios.

Appliquons ces données aux cas de placenta prævia et nous verrons comment la formation de la poche des eaux peut amener l'hémorrhagie et comment sa rupture peut produire l'hémostase.

Deux chapitres sont ici nécessaires : l'un pour les pla-

1. Nouvelles considérations sur la dilatation præfœtale de la vulve, accompagnées d'une étude sur la formation et la rupture de la poche des eaux. Montpellier, 1885.

centas prævia latéral et marginal, l'autre pour les partiel et central.

1° *Placentas prævia latéral et marginal.* — Quand le bord du placenta arrive au niveau ou au voisinage de l'orifice interne de l'utérus, au moment où va se former la poche des eaux, le décollement se fera, suivant la règle, entre le chorion et la paroi interne au niveau de la caduque. Forcément le placenta, qui n'est autre chose qu'un renflement du chorion et qui se continue directement avec lui, sera décollé à son tour, d'où la production d'hémorrhagie.

Si au contraire le décollement se fait entre le chorion et l'amnios, *le chorion ayant été rompu par une cause quelconque,* le placenta ne sera pas atteint par sa surface interne, mais simplement par sa surface fœtale, il sera abandonné à ce niveau par l'amnios dans une étendue plus ou moins considérable. Dans ces cas exceptionnels, pas de décollement placentaire, partant pas d'hémorrhagie.

Nous ne pouvons qu'indiquer, d'après Schrœder ces différents mécanismes, les faits nous manquent pour les prouver d'une façon absolue.

Que va-t-on faire en rompant la poche des eaux suivant la méthode de Puzos ? On va empêcher le décollement et le glissement des membranes, on préviendra par conséquent le décollement du placenta et par là les hémorrhagies qui en sont la suite.

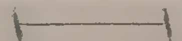
Mais, dira-t-on, si on rompait simplement le chorion au lieu de déchirer toutes les membranes n'arriverait-on pas, en admettant que le mécanisme expliqué plus haut soit exact, à empêcher le décollement placentaire et à prévenir également l'hémorrhagie? C'est là en effet une expérience à tenter, mais sur laquelle nous ne possédons encore aucun document.

2° *Placentas prævia central et partiel.* — Dans la variété

d'*insertion centrale* la poche des eaux n'existe pas, mais est constituée par le placenta lui-même, qui d'ailleurs se décolle circulairement suivant le même mécanisme que le chorion dans la poche des eaux normale.

Dans la variété d'*insertion partielle*, le placenta et les membranes viennent d'habitude faire saillie dans l'orifice utérin alors qu'il est suffisamment dilaté. Le mécanisme du décollement est encore le même et nous n'avons rien de spécial à ajouter à son égard.

Dans ces deux cas, et en particulier dans le dernier, quand la rupture de l'œuf est possible, elle empêche tout décollement ultérieur et constitue par ce mécanisme un puissant moyen d'hémostase.



b. Rôle que joue dans l'hémostase la partie fœtale qui se présente.

N'ayant rencontré aucun cas de présentation de la face, coïncidant avec le placenta prævia, nous ne parlerons que du sommet, du siège et de l'épaule.

La partie fœtale qui se présente entre au contact du segment inférieur de l'utérus; elle est donc coiffée par le placenta, quand celui-ci est prævia.

On comprend ce qui va se produire quand cette région fœtale va être poussée en bas par la contraction utérine, elle va appuyer sur le placenta et, par son intermédiaire, sur la surface utérine d'insertion. On aura ainsi un véritable tampon intra-utérin constitué par le fœtus.

Ce qu'il importe ici d'examiner c'est comment le sommet, le siège et l'épaule remplissent ce rôle mécanique.

Or, il est une première condition indispensable pour que la partie fœtale fasse tampon, c'est que la poche des eaux soit rompue.

Tant que l'œuf est intact, l'hémorrhagie du placenta prævia ne semble pas influencée par la présentation.

Aussitôt que l'œuf est rompu, les conditions changent complètement.

1° Si l'*épaule* se présente, la partie fœtale reste élevée, l'engagement ne se fait pas, ou lentement, malgré l'écoulement du liquide amniotique.

Les cas nous manquent ici pour prouver cette assertion ; dans la plupart des observations de la Maternité, nous voyons, quand l'épaule se présente, des hémorrhagies graves pendant le travail (obs. 19, 84, 108, 126); malheureusement l'époque exacte de la rupture de la poche des eaux n'est pas spécifiée.

Mais le fait est mentionné par plusieurs auteurs et admis par la plupart.

Il y a cependant des exceptions quand, par exemple, le fœtus est petit et que l'évolution spontanée peut se faire (obs. 56 de la Maternité). L'épaule en s'engageant constitue alors un cône qui s'applique exactement au segment inférieur de l'utérus et le comprime efficacement.

Le cas de Kucher [1] en est un bon exemple.

« Multipare, 8 enfants ; — deux heures et demie après la rupture de la poche, l'hémorrhagie continue ; — femme anémiée ; — grossesse au commencement du septième mois ; — orifice large de deux doigts ; — fœtus en présentation du tronc ; dans le col, main gauche procidente ; — à droite, lambeau placentaire détaché ; — la version de Braxton-Hicks ne réussissant pas, je tirai sur la main procidente et j'attirai l'épaule dans le canal ; — l'hémorrhagie s'arrêta

1. Thèse Bitot, 1880, p. 148.

et, après trois quarts d'heure, le fœtus sortit par évolution spontanée sans autre perte de sang; — la femme revint à elle et guérit. »

2° S'il s'agit d'une présentation du *siège* (nous supposons toujours les membranes rompues), il importe de distinguer deux cas, suivant que : 1° le siège est complet ou décomplété, mode des fesses (les petits membres restant dans la cavité utérine); 2° ou qu'il est décomplété, mode des genoux ou des pieds (les petits membres, un ou deux pendant dans la cavité vaginale).

Dans le *premier cas*, le siège constitue un fort mauvais tampon; partie irrégulière, volumineuse, s'engageant difficilement (ceci est surtout vrai pour le siège complet); la compression est insuffisante, l'écoulement sanguin continue, ordinairement grave (*V.* les obs. 44, 55, de la Maternité).

Dans le *second cas*, un des membres inférieurs ou les deux engagés à travers l'orifice utérin dans le vagin, l'action de la partie fœtale est des plus heureuses; la compression est efficace, l'hémostase se fait complètement (*V.* obs. 55 de la Maternité). La méthode de Braxton-Hicks, que nous étudierons plus tard, consiste à produire artificiellement cette variété de présentation, et les excellents résultats qu'elle a fournis (*V.* page 123) prouvent suffisamment l'efficacité comme tampon du siège fœtal ainsi disposé.

Donc, dans les cas de présentation du siège, suivant que les petits membres pelviens restent dans la cavité utérine ou sont abaissés dans le vagin, l'hémostase sera mauvaise ou bonne.

3° Le *sommet* se présente, la poche des eaux est rompue.

D'une façon générale, on peut dire que le sommet, quand il appuie bien sur le segment inférieur de l'uté-

rus, constitue un excellent tampon, qu'il est un agent très efficace de l'hémostase.

Toutefois, pour bien connaître cette action hémostatique, exercée par le sommet, et les causes de ses variations, il faut examiner le rôle de trois facteurs qui entrent ici en jeu : l'abaissement de la partie fœtale, la contraction utérine, le degré de dilatation du col.

L'*abaissement de la partie fœtale :* quand, pour une cause quelconque, un rétrécissement du bassin par exemple, la partie fœtale reste élevée, l'écoulement sanguin continue. (*V.* les obs. 49, 57, 123, 142 de la Maternité; *V.* aussi obs. de M. Pinard, p. 113 et obs. de Galay, p. 173).

La *contraction utérine :* des contractions utérines énergiques sont également nécessaires pour assurer l'hémostase. Quand l'utérus est paresseux, inerte, il est habituel de voir l'hémorrhagie continuer. La contraction utérine n'agit très vraisemblablement qu'en abaissant la partie fœtale, de telle sorte que ces deux facteurs se confondent en un seul (*V.* les obs. 49, 50 (?), 63, 64 de la Maternité).

Le *degré de dilatation du col:* toutes choses égales, d'ailleurs, plus l'orifice utérin est dilaté, mieux se fait l'hémostase.

Quand la rupture de la poche des eaux spontanée ou artificielle est assez tardive (à la dilatation comme une pièce de 5 fr. environ), la règle est de voir l'hémorrhagie cesser et l'accouchement se terminer dans de bonnes conditions.

(Nous renvoyons, à cet égard, aux observations 40, 64, 65, 68, 103, 140 de la Maternité.)

Si, au contraire, la rupture a lieu trop tôt, au début du travail, on voit souvent l'hémorrhagie continuer.

Les observations 81 et 98 sont instructives sur ce point. Dans l'observation 81, le degré de dilatation n'est pas mentionné d'une façon précise au moment de la

rupture ; mais, comme douze heures après cette rupture, la dilatation était de la grandeur de la paume de la main, il est probable qu'elle débutait seulement au moment de l'écoulement du liquide amniotique. Dans l'observation 98, la rupture eut lieu au début du travail, et l'hémorrhagie continua.

Si, d'ailleurs, on réfléchit à la forme de la tête, on comprend facilement, vu sa disposition sphérique, que pour être fixée au niveau du segment inférieur de l'utérus, il faut une dilatation assez marquée ; sans quoi pendant la contraction elle s'appuiera exactement contre la paroi utérine, mais dans l'intervalle elle s'en éloignera plus ou moins.

Une comparaison fera comprendre notre idée : supposons une calotte hémisphérique, en caoutchouc, pouvant s'adapter à notre tête et percée à son centre d'un orifice. Si nous passons simplement cette calotte sur la tête, il y aura seulement contact, mais nulle trace de compression ; mais enfonçons cette calotte, amenons le bord sur les yeux, sur les oreilles, l'orifice supérieur se dilatera et la calotte comprimera alors la région céphalique dans la plupart des points qu'elle recouvre.

Ces deux conditions différentes peuvent nous faire pressentir ce qui se passe au segment inférieur de l'utérus dans les cas de présentation du sommet ; au début de la dilatation, il y a simple contact (mauvaise condition pour l'hémostase); plus tard, au contraire, il y a véritable compression (excellente condition pour l'arrêt de l'hémorrhagie).

L'enseignement thérapeutique qui ressort de cet exposé est le suivant : *Si dans un cas de placenta prævia avec une présentation du sommet, on veut arrêter l'hémorrhagie, il faut, autant que possible, au moment de la rupture artificielle des membranes, avoir 1° la partie fœ-*

tale profondément engagée, 2° la contraction utérine énergique, 3° la dilatation de l'orifice utérin avancée.

C. Rôle simultané de la rupture de la poche des eaux et de la présentation fœtale dans l'hémostase. — Part respective de chacun de ces deux facteurs à la cessation des accidents.

Nous avons étudié séparément l'action exercée sur l'hémorrhagie de l'insertion vicieuse du placenta par la rupture de la poche des eaux et par la présentation fœtale. Quelle est leur part respective dans l'hémostase ?

La rupture de la poche des eaux peut-elle suffire à arrêter l'écoulement sanguin ?

La partie fœtale, en s'engageant profondément, peut-elle aboutir au même résultat ?

Ce que nous avons dit jusqu'ici laisse deviner la réponse: ces deux conditions doivent être réunies pour assurer le succès thérapeutique.

La rupture de l'œuf sans engagement de la partie fœtale pas plus que l'engagement de la partie fœtale sans rupture de l'œuf n'arrêteront l'hémorrhagie.

Comme preuves, nous citerons :

Obs. 66. Les membranes se rompent à la dilatation, comme 1 franc, il n'y a pas de partie fœtale qui s'abaisse l'hémorrhagie continue.

Obs. 93. Il y a présentation du sommet, mais les membranes sont intactes, de telle sorte qu'une hémorrhagie sérieuse survient à la dilatation complète.

Les cas de cegenre doivent être nombreux. Malheureusement, dans beaucoup d'observations de la Maternité, le moment exact de la rupture des membranes n'est pas indiqué.

La rupture de la poche des eaux et l'engagement de

la partie fœtale sont donc simultanément nécessaires; séparés, ils ne peuvent rien; réunis dans les conditions voulues, ils arrêtent l'écoulement sanguin. Mais il est impossible de spécifier la part qui revient à chacun d'eux dans le succès.

5° *Indications et contre-indications.*

Revenons à la méthode de Puzos, et connaissant le mécanisme et les conditions de l'hémostase, voyons dans quelles circonstances il conviendra de rompre les membranes.

Trois cas peuvent exister : le fœtus se présente soit par l'épaule, soit par le siège, soit par le sommet.

a. Epaule. — Nous savons les dangers de la rupture de l'œuf en pareille circonstance, et nous devons l'éviter, ou mieux, par des manœuvres externes ou combinées, transformer l'épaule en siège ou sommet, et nous comporter alors comme dans l'une ou l'autre de ces présentations.

b. Siège. — Il faut établir une distinction suivant que les membres pelviens sont ou ne sont pas abaissés.

Si le ou les membres pelviens ne sont pas abaissés, le siège constitue, ainsi que cela a été vu, un mauvais tampon; l'hémorrhagie continue après la rupture de la poche des eaux; il importe donc de ne pas la pratiquer à moins que ce ne soit dans le but de recourir à une manœuvre ultérieure, à l'abaissement par exemple de l'un des pieds.

Quand après la rupture de l'œuf le siège se présente avec ou sans manœuvre préalable, mode d'un ou des deux pieds, on se trouve dans les conditions de la mé-

thode de BRAXTON-HICKS, dont il sera question ultérieurement et que nous ne faisons qu'indiquer ici.

c. Sommet. — Nous n'étudierons en détail la méthode de PUZOS qu'avec la présentation du sommet, puisque avec la présentation de l'épaule elle ne doit pas être pratiquée et que dans celle du siège elle se confond avec la méthode de BRAXTON-HICKS.

La rupture des membranes peut être pratiquée à trois périodes différentes : avant le travail, au début du tra-travail, pendant le travail.

1° *Avant le travail.*

C'était la méthode suivie par SMELLIE ; cet auteur dilatait le col avec le doigt pour pouvoir pénétrer et aller rompre les membranes, et, par cette double manœuvre, provoquer le travail ; — suivie également par LEE [1] qui, dans un cas, perfora les membranes deux jours avant l'apparition des douleurs ; — suivie aussi, dans ces derniers temps, par M. PINARD, dans deux cas où il a pu réussir par ce moyen à arrêter l'hémorrhagie (communication orale) ; et probablement par plusieurs autres auteurs qui, dans leurs écrits, en parlant de la perforation des membranes, ne précisent pas d'une façon nette s'ils la font avant ou après le début du travail et ne paraissent pas ajouter une grande importance à ce détail.

On comprend que ce mode d'intervention n'est applicable que dans les cas benins d'insertion vicieuse, seulement quand le placenta est marginal ou latéral.

Les résultats cliniques ne permettent pas encore de

1. Lee. Clin. med., p. 164, in Müller.

juger la valeur de la méthode Puzos appliquée à cette période.

Si nous en croyons ce qui a été dit précédemment sur la dilatation du col et sur le degré d'ouverture de l'orifice utérin nécessaire pour assurer l'hémostase, dans le cas de présentation du sommet, ce moment, pour pratiquer la rupture artificielle, serait peu opportun.

« Moins, dit Müller [1], le segment inférieur de l'utérus est préparé pour l'accouchement, moins bons seront les résultats que donnera cette opération. »

Dans les cas où on pratique la perforation trop tôt, on peut voir une présentation normale se changer en une vicieuse ; tel est le cas de Poppel [2] dans lequel une présentation du sommet se transforma en présentation de l'épaule.

Nous avons vu aussi que les contractions utérines sont un des facteurs nécessaires pour amener l'hémostase après la rupture de l'œuf.

Si l'enfant était mort dans la cavité utérine, il faudrait bien se garder d'employer cette méthode, car en permettant l'accès de l'air, on exposerait le fœtus à la putréfaction.

Or, avec un enfant vivant, la mort fœtale étant si fréquente quand le placenta est prævia, n'est-il pas permis d'avoir des craintes analogues ? On rompt les membranes avant le travail, le fœtus meurt, il se putréfie.

Ces différents motifs doivent rendre réservé sur le procédé en question.

2° *Au début du travail.*

La plupart des reproches adressés à la perforation des membranes avant le début du travail sont également applicables ici.

1. Placenta prævia, 1877, p. 274.
2. Poppel. Monats. f. Geburtsk., Bd XXIV, p. 143.

On a, de plus, accusé la méthode de Puzos, appliquée au commencement de l'accouchement, de ralentir la contraction utérine, ce qui, joint à l'écoulement du liquide amniotique, favoriserait le décollement du placenta (*V.* obs. 49, de la Maternité).

3° *Pendant le cours du travail.*

La méthode de Puzos donnera de très bons résultats à la condition d'être appliquée avec une présentation du sommet et une partie fœtale s'engageant facilement, avec des contractions utérines énergiques et enfin avec une dilatation suffisante de l'orifice utérin.

Si on l'applique sans la réunion de ces circonstances, on s'expose à des mécomptes, témoin l'observation dans laquelle Lee [1] rompit les membranes, alors que l'orifice utérin n'était ni dilaté ni dilatable. Les contractions utérines ne survinrent pas à la suite, l'hémorrhagie continua très abondante, de telle sorte que l'auteur fut obligé de pratiquer la craniotomie sur la tête qui se présentait, et ne put faire l'extraction qu'au prix des plus grandes difficultés.

Plus l'ouverture de l'orifice utérin est grande, meilleurs seront les résultats de la méthode de Puzos.

Quand l'anneau utérin est souple, il faut, autant que possible, n'opérer la rupture artificielle des membranes qu'avec une dilatation au moins grande comme une pièce de 2 francs, et quand il est rigide, avec une dilatation au moins grande comme une pièce de 5 francs.

1. Lee. Clin. Midwifery, p. 163, in Müller.

XI

Méthode de Cohen.

RUPTURE DES MEMBRANES APRÈS DÉCOLLEMENT PARTIEL DU PLACENTA

La méthode de Cohen (de Hambourg) s'adresse au placenta prævia central et au partiel, alors que les membranes ne sont pas accessibles.

Ce procédé [1] consiste à explorer avec deux doigts, l'index et le médius, le pourtour de l'orifice plus ou moins dilaté, et dans le point où on éprouve la moindre résistance, à décoller le placenta en faisant pénétrer les deux doigts un peu au delà de leur articulation médiane (à partir de l'orifice utérin). On ne tarde pas à rencontrer les membranes ; on accroche le bord du placenta, on rompt les membranes, puis, par un mouvement circulaire, on décolle le placenta dans la moitié de son cercle d'insertion; alors abaissant la main, on attire vers le vagin le lambeau placentaire qu'on a créé et qui vient pendre à travers l'orifice utérin.

On transforme ainsi l'insertion centrale du placenta en insertion latérale.

Si en faisant pénétrer les doigts, comme il a été dit plus haut, on n'arrivait pas jusqu'aux membranes, il faudrait les retirer et recommencer la même manœuvre avec l'autre main dans le point opposé à celui où on a déjà pénétré.

1. Monast. f. Geburtsk., 1855, Bd V., p. 241.

Cette opération terminée, on abandonne l'accouchement aux forces naturelles.

Le procédé de COHEN doit être rangé à côté de ceux de Puzos et de Deventer, car il agit surtout par la rupture de l'œuf et l'écoulement du liquide amniotique. Cet écoulement permet le retrait de l'utérus et l'application de la partie fœtale qui se présente sur le segment inférieur de l'utérus.

Il diffère de ceux de SIMPSON, BARNES, BUNSEN, en ce que le décollement du placenta n'est qu'une des étapes de la méthode, et non le but recherché.

Le procédé de COHEN n'est autre chose que celui de PUZOS, appliqué aux cas où les membranes ne sont pas directement accessibles, et où il faut décoller le placenta pour arriver jusqu'à elles.

Juger cette méthode est actuellement chose difficile. Quelques auteurs lui sont favorables, notamment RITGEN[1]. Mais la statistique fait défaut pour apprécier sa valeur.

COHEN[2] dit qu'il a réussi, grâce à son application, dans un grand nombre de cas, mais il ne publie que trois observations où toutes les mères furent sauvées et où les trois enfants succombèrent ; un d'eux, il est vrai, n'était pas viable.

---

1. Monats. f. Geburtsk., Bd IX.
2. Monats. f. Geburtsk , 1857, Bd X, p. 328.

XII

Méthode de Deventer.

PERFORATION DU PLACENTA

DEVENTER [1] décrit sa méthode ainsi qu'il suit :

« On introduit deux doigts dans l'orifice de la matrice, « ou ensemble ou successivement, et on tâche de ranger « tellement le placenta, qu'on trouve la membrane, « qu'on déchire avec les doigts ou avec les ongles ; *ou,* « *si l'on ne peut écarter le placenta, on fait entrer les* « *doigts dans sa substance et, en les ouvrant et les agitant* « *de tous côtés, on le déchire jusqu'à ce qu'il soit percé ;* « et alors au lieu du sang qui couloit auparavant, les « eaux sortent. Elles sont à peine sorties que l'écoule- « ment de sang diminue ou cesse tout à fait, car les « cotylédons de la matrice, que le détachement des « racines du placenta laissé ouverts, et qui ne peuvent « se fermer tant que la grandeur de la matrice ne « diminue pas, se resserrent aussitôt que les eaux sont « écoulées ; parce qu'alors l'utérus peut se contracter, « en quoi il est aidé par le poids des intestins, qui, pas- « sant sur les cotylédons, les compriment et ferment « plus exactement les orifices des veines. Voilà la cause « de la perte et pourquoi elle cesse.

« Il y a des sages-femmes qui percent le placenta avec « une aiguille de tête ; mais je n'aime point cette méthode « où l'on s'expose à blesser l'enfant. Il vaut beaucoup,

1. De Deventer. Observations importantes sur le Manuel des Accouchements. Première partie. Paris, 1734, p. 180.

« mieux tâcher de percer le placenta avec les doigts, et « quand il l'est, autant que l'ouverture de la matrice a « pu le permettre, on élargit l'ouverture et on l'écarte « de côté et d'autre, afin que la tête, si c'est elle qui se « présente, puisse se placer à l'orifice *et que les douleurs* « *puissent faire venir l'enfant;* ou, s'il est mal tourné, la « sage-femme doit travailler aussitôt à le tirer par les « pieds. Dans l'état des choses, il ne faut pas s'amuser, « car l'enfant ne saurait vivre longtems. C'est pourquoi « une sage-femme prudente doit le tirer le plustôt qu'elle « peut, sans précipitation cependant; et, aussitôt que « l'enfant est venu, faire l'extraction de l'arrière-faix, « que le sang caillé colle quelquefois si étroitement à « l'orifice de l'utérus ou au vagin, qu'on le prendroit « pour une excroissance de la partie. Dans ce cas, il faut « le détacher avec les doigts, commençant par le côté « le moins adhérent. Mais si le placenta s'avance si « fort qu'on ait de la peine à le reculer, il vaut mieux « commencer par en faire l'extraction; sans cela, le « mieux est de le laisser dans l'utérus jusqu'à ce que « l'enfant soit sorti. »

La méthode de DEVENTER consiste donc à perforer le placenta avec les doigts, à permettre ainsi l'écoulement du liquide amniotique et à abandonner ensuite, si la présentation est normale, l'accouchement à la nature. Il ne faut, d'après l'auteur, intervenir activement, après la perforation du placenta, que lorsque la présentation est anormale.

Cette méthode présente une grande analogie avec celles de PUZOS et de COHEN. Dans les trois procédés on cherche à faire écouler le liquide amniotique, en rompant la continuité des enveloppes de l'œuf, dans un double but : — 1° éviter les tiraillements et décolle-

ments que les progrès du travail déterminent du côté du placenta, alors que les enveloppes sont intactes et que la poche des eaux est obligée de se former; — 2° faire, par l'écoulement du liquide amniotique et le retrait de l'utérus, que la partie fœtale qui se présente vienne appuyer sur le segment inférieur de la cavité utérine et joue le rôle de tampon.

Obtient-on ce double résultat avec la méthode de Deventer?

Aucun doute pour le retrait de l'utérus et l'application exacte de la partie fœtale, quand il s'agit d'une présentation normale du sommet.

Mais en déchirant le placenta, évite-t-on, comme avec la rupture de la poche des eaux membraneuse, les tiraillements et décollements ultérieurs, sources de nouvelles hémorrhagies? — Le doute est ici permis. Si avec la méthode de Puzos on arrive à ce résultat, c'est que l'ouverture est large, les membranes se déchirent sans difficulté; mais en perforant le placenta, à moins de dissocier la plus grande partie de sa substance, on n'obtient qu'un orifice petit qui permettra bien l'écoulement du liquide amniotique mais insuffisant pour laisser passer le fœtus. La tête, en s'avançant, repoussera devant elle la masse placentaire, et, loin d'éviter le décollement, l'accoucheur ne fera ainsi que le favoriser.

Une autre objection à ce procédé, c'est la possibilité, en pratiquant la perforation, d'atteindre le cordon qui serait ainsi déchiré, d'où mort fœtale certaine.

Voici les résultats de cette méthode :

Müller[1] a réuni 41 observations, dans lesquelles la

1. Placenta prævia. Stuttgart, 1877, p. 304.

perforation du placenta a été employée d'après la méthode de Deventer.

Sur ces 41 cas :

Mères	mortes.	14	Mortalité : 34 p. 100
—	vivantes.	27	
Enfants	morts.	19	Mortalité : 57 p. 100
—	vivants.	14	
—	inconnus. . .	8	

(Müller, dans l'appréciation des résultats, au point de vue des enfants, considère les 8 inconnus comme morts et arrive ainsi à une mortalité de 65,8 p. 100. Il nous a semblé plus juste de laisser de côté ces 8 enfants et de calculer la mortalité en prenant les 33 cas connus, sur lesquels il y a 19 morts, ce qui nous donne comme mortalité 57 p. 100).

XIII

Méthode de Kristeller.

EXPRESSION FŒTALE

La méthode de Kristeller consiste à exprimer, pendant l'accouchement, le fœtus de manière à favoriser l'engagement et l'expulsion. On agit, dans ce procédé, sur l'enfant comme on le fait sur le placenta dans la délivrance par expression.

Nous ne connaissons que deux cas où cette méthode a été appliquée ; nous reproduisons résumées ces observations, extraites du mémoire de Kristeller sur l'expression fœtale [1].

1° Madame H., âgée de 21 ans, primipare. Au 4e mois de la grossesse, inflammation du foie, suivie pendant 5 mois d'une coloration ictérique assez accentuée. Œdème des pieds et catarrhe bronchique ; pas d'albumine dans les urines.

Je fus appelé le jour de l'accouchement, vers 6 heures 30 du soir ; les douleurs s'étaient montrées le matin de bonne heure ; les membranes s'étaient rompues dans l'après-midi et depuis lors il existait de temps en temps un écoulement sanguin peu abondant.

Je ne trouvai plus à la malade l'aspect ictérique, mais la face œdématiée, la respiration courte, environ 20 par minute, et des râles bronchiques.

Examen externe. — Le ventre est gros, très ballonné : 108 centimètres de pourtour dans la partie la plus distendue. Les parois abdominales grasses, épaisses, ne se laissent saisir que par gros plis. L'utérus est volumineux, difficile à faire mouvoir ; il est tout entier incliné vers la droite, son bord gauche s'arrête au niveau de la ligne blanche. Toute la partie gauche de l'abdomen est élastique et donne un son tympanique.

Le foie et l'estomac ne sont pas sensibles à la pression. Les bruits du cœur fœtal, peu accentués, s'entendent à droite sur le trajet d'une ligne s'étendant de l'ombilic à l'épine supérieure et antérieure de l'os iliaque.

Examen interne. — Dans le vagin, une petite quantité de caillots. Bassin normal. L'orifice utérin est élevé, il présente une dilatation d'environ 5 centimètres de large, ses bords sont minces. L'enfant présente le sommet en

1. Monatschrift f. Geburtsk., 1867, t. XXIX, p. 374 et 377.

première position. La partie fœtale est presque tout entière encore dans le grand bassin et inclinée à gauche. — En remontant, on trouve, à environ un centimètre et demi de l'orifice utérin, le placenta.

Les contractions se montrent à peu près toutes les dix minutes, mais ne font pas descendre la tête. Après chaque douleur, l'hémorrhagie est un peu plus accentuée. — Il fallait ramener la tête au centre du bassin, afin de régulariser le mécanisme de l'accouchement et de tamponner les vaisseaux.

Dans ces conditions, je me résolus à pratiquer l'*expression*.

On atteignait facilement l'utérus à droite ; mais à gauche, des anses intestinales s'interposaient entre la main et la matrice.

Il était impossible de ramener l'utérus sur la ligne médiane, le fond en était la partie la plus accessible et c'est environ au niveau de l'insertion des trompes que je commençai l'expression : *toutes les deux ou trois minutes, je faisais une compression; chaque fois l'utérus se durcissait, et de temps à autre se montrait une bonne contraction. Au bout de quinze compressions, qui prirent 40 minutes, je réussis à faire descendre la tête dans le petit bassin et à la fixer sur l'orifice.*

Ma tâche était ainsi accomplie et je pouvais laisser le reste du travail aux soins de la nature.

L'orifice était dilaté d'une largeur de 7 centimètres et répondait à peu près au centre du plan du détroit inférieur.

Le travail continua ; les douleurs, reparaissant toutes les sept ou dix minutes, s'accentuèrent sans effort du côté de la femme.

L'hémorrhagie avait complètement cessé.

L'accouchement se termina à dix heures, par l'expul-

sion d'une fille vivante. Présentation du sommet en O. I. G. A.

Grâce à une incision longitudinale de la muqueuse vaginale, il n'y eut pas de déchirure.

Au bout de dix minutes, délivrance naturelle et spontanée. Le placenta était très volumineux, l'utérus dur et bien rétracté.

L'examen du placenta montra que la rupture des membranes s'était faite près du bord du placenta.

Deux hémorrhagies survinrent : l'une une demi-heure après l'accouchement, l'autre le lendemain; elles cessèrent spontanément.

Le premier jour, la femme eut de la fièvre ; plus tard, de la céphalalgie qui s'accentuait par la toux. Le ventre, distendu par des gaz, était la source d'une grande gêne pour la malade. L'utérus était bien rétracté et nullement douloureux. Au bout de cinq jours, les suites de couches étaient normales.

J'ai revu la malade sept semaines après l'accouchement; elle était en parfaite santé et l'utérus dans sa situation normale.

2° Mme M.; multipare, âgée de 40 ans, avait fait dans les dernières années plusieurs fausses couches. Grosse pour la septième fois, elle accouchait encore six semaines avant terme.

Je fus appelé auprès d'elle le matin, à quatre heures, par un de mes confrères; le travail durait depuis dix-huit heures ; les eaux s'étaient écoulées vers minuit. La malade maigre, faible, pâle, était très déprimée et par la violence des douleurs et par plusieurs hémorrhagies abondantes.

L'examen me fit sentir, à travers des parois abdominales minces et molles, l'utérus dur, distendu surtout dans sa largeur, de forme irrégulière. La tête de l'enfant

était à droite et en bas, le siège en haut et à gauche.

Entre les cuisses de la femme, il y avait du sang coagulé ; le vagin était rempli de caillots. Dans le fond de ce canal, je trouvai le bras droit du fœtus faisant procidence, et à gauche du vagin une grosse portion prolabée du placenta.

Dans l'orifice dilaté d'environ six à sept centimètres, l'épaule droite était engagée, l'omoplate en arrière, l'ouverture du creux axillaire regardait à gauche ; au-dessus se trouvait le cordon ombilical, qui ne présentait plus de pulsations.

Il n'y avait pas que la portion placentaire prolabée de décollée; le décollement s'étendait bien au-dessus. On parvenait, en effet, dans une sorte de cul-de-sac entre l'utérus et le placenta. Avant l'arrivée de mon collègue, une sage-femme avait tenté en vain de faire la version.

L'épuisement de la patiente, l'hémorrhagie qui ne cessait pas, réclamaient un prompt remède. Par une version interne, je tirai le pied droit en bas. L'utérus étant très contracté, la version fut assez difficile et très douloureuse.

Les hanches de l'enfant vinrent se placer dans le deuxième diamètre oblique; le ventre du fœtus répondait à gauche et en avant.

Lorsque je retirai ma main du vagin, un abondant flot de sang sortit des organes génitaux ; j'attirai doucement le pied qui était descendu; mais l'opération fut pénible pour la femme et n'arrêta pas l'hémorrhagie.

Je procédai alors à l'*expression* et je la pratiquai en six minutes, en opérant, avec intention, des compressions courtes, distancées par des intervalles plus longs, cela afin que l'utérus se contractât bien autour de l'enfant. Une seule fois, une bonne contraction vint à mon aide. Je tiens à faire remarquer que la compression n'était nullement douloureuse, au point même que

la femme, éprouvant plutôt une sorte de soulagement, s'écriait : « Oh ! docteur que ces pressions me font du bien ! »

Pendant l'expulsion du fœtus, la hanche droite se plaça au contact de la paroi antérieure du bassin, de l'éminence ilio-pectinée droite à l'éminence ilio-pectinée gauche. Les bras restaient bien pelotonnés sur le thorax; la tête fut exprimée étant dans le diamètre oblique droit.

Peu de temps après la naissance de l'enfant, délivrance par expression et hémorrhagie assez abondante.

Le fœtus mort n'était pas à terme.

Les suites de couches furent troublées par une fièvre intense qui dura jusqu'au neuvième jour. A partir de ce moment, la malade alla de mieux en mieux et ne tarda pas à se rétablir complètement.

Legroux cherchait un peu à agir comme Kristeller, quand, attribuant à la pesanteur une valeur exagérée, il faisait, pendant l'accouchement, tenir la femme dans la station verticale pour accélérer le travail et arrêter l'hémorrhagie.

La méthode de Kristeller ne s'appuyant que sur deux cas, il est impossible de porter un jugement à son égard.

XIV

Méthode de Wigand *a*.

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

La version par manœuvres externes, préconisée pour la première fois par Wigand, dans les cas de présentation vicieuse du fœtus, peut être également pratiquée quand il existe un placenta prævia.

Wigand, pour les uns, aurait fait de l'insertion vicieuse du placenta une indication de la version par manœuvres externes; pour les autres, au contraire, une contre-indication. Grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur Herrgott, nous avons pu consulter le mémoire original de l'auteur allemand[1].

Wigand ne reconnaît (p. 374) que deux contre-indications à la version par manœuvres externes : 1° la procidence du cordon; 2° la grossesse gémellaire.

Il conseille de la pratiquer avec grande prudence dans les cas suivants (p. 373) : « Une hémorrhagie provenant « de l'utérus ou d'autres parties, des convulsions ou des «syncopes intenses, des vomissements opiniâtres, une « déchirure de l'utérus ou du vagin, une inflammation « ou un rhumatisme intense de la matrice, une hernie « étranglée, des tumeurs anévrismales, un décollement « prématuré du placenta. »

Mais nous ne trouvons nulle part, dans l'auteur allemand, le placenta prœvia indiqué comme constituant une contre-indication à la version par manœuvres externes.

1. Ueber die Wendungdurch Aussere Handgriffe nach J.-H. Wigand, 1812, in Analekten f. die Geburts. Vor Dr W.-H. Wittlinger, 1849, p. 362.

Ritgen aurait préconisé ce mode de traitement dans les cas de placenta prævia. Nous n'avons pu nous procurer la publication où il traite cette question [1].

A M. Pinard revient l'honneur d'avoir posé nettement l'indication de la version par manœuvres externes dans l'insertion vicieuse du placenta et d'avoir introduit cette méthode dans la pratique; nous le remercions pour les observations inédites qu'il a bien voulu nous confier et dont nous donnons ici le résumé.

Cette méthode consiste, dans les cas où le sommet ne se présente pas, à le ramener au détroit supérieur et à se comporter ensuite comme dans le cas ordinaire de présentation normale de l'extrémité céphalique. Ce n'est là, par conséquent, qu'un des stades du traitement du placenta prævia.

Nous avons pu réunir neuf observations. Les voici résumées par ordre de date :

1° Placenta prævia. Version par manœuvres externes. *Observation de M. Pinard* [2] 1877, résumée.

Femme de vingt-un ans; — secondipare; — au septième mois de la grossesse actuelle; hémorrhagie génitale de faible abondance; — trois autres hémorrhagies jusqu'au terme de la grossesse; — placenta prævia; présentation du siège en S. I. G. A.; — version céphalique par manœu-

1. Gem. Deuts. Zeits. f. Geb., Bd II, 213.; — IV, 261; — V., 242. — Bibliograph. de l'art. version du prof. Herrgott. Dict. Jaccond.
2. Traité du palper abdominal, 1878, p. 202.

vres externes; application de la ceinture eutocique; — accouchement normal par le sommet en O. I. G. A.; — placenta expulsé présente caractères de placenta prævia marginal ou légèrement partiel; — mère et enfant bien portants. — (Enfant vivant. Communication orale de M. Pinard).

2° Placenta prævia. Version par manœuvres externes. *Observation de M. Budin* [1], 1880, résumée.

Femme de vingt-quatre ans; — 3pare; — 1er accouchement avant terme; — 2me accouchement à terme : embryotomie céphalique; — bassin diamètre promonto-sous-pubien 8 cent.; provocation de l'accouchement avec éponge préparée à la fin du 8me mois; — version céphalique par manœuvres externes; procidence du cordon; — embryotomie céphalique nécessaire pour extraire l'enfant; — hémorrhagies légères à diverses périodes de l'accouchement; — placenta prævia marginal; — guérison de la femme.

3° Placenta prævia partiel. Version par manœuvres externes. (Voir observation 92 de la Maternité.)

4° Placenta prævia marginal. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres externes par ? [2]

Femme ayant des pertes sanguines au huitième mois de sa grossesse; — présentation de l'épaule gauche en

1. Contrib. à l'ét. et du trait. de l'hém., etc. Th. Bilot, 1880, p. 100.

2. Cette observation, extraite du Journal d'Accouchements de Liège, est publiée dans les Archives de Tocologie, 1881, p. 672, sans nom d'auteur. Il nous a été impossible de nous reporter à l'original, car la collection du journal en question ne se trouve pas à la bibliothèque de l'École de Médecine !

A. I. G. ; — version céphalique par manœuvres externes ; — fixation de la nouvelle présentation au moyen d'un bandage ; — accouchement vers huit mois et demi d'un enfant bien portant, né en présentation du sommet ; — guérison de la mère.

5° Placenta prævia. Version par manœuvres externes.

Observation du Dr Maygrier, résumée.

(Inédite et prise dans les registres de la Clinique d'accouchements.)

27 septembre 1881. — D. 33 ans ; — 7pare ; — plusieurs hémorrhagies pendant sa grossesse ; — le Dr Maygrier, appelé à la suite d'une de ces hémorrhagies qui avait été particulièrement grave, constate une présentation de l'épaule, il fait la version céphalique par manœuvres externes, applique un bandage de corps sur l'abdomen, pratique le tamponnement vaginal et envoie la femme à la Clinique ; — la femme accoucha spontanément d'un enfant mort et sortit bien portante de l'hôpital.

6° Placenta prævia. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres externes, par M. Pinard.

Observation résumée. (Inédite.)

27 juillet 1883. — F., 38 ans ; — 9pare ; — grossesse à terme ; — tête dans la fosse iliaque droite, le siège dans le flanc gauche ; — version par manœuvres externes et application de la ceinture eutocique ; — dans la journée qui suit l'opération, la femme est prise d'une petite hémorrhagie qu'on peut évaluer à 150 grammes ; — le travail commence à 4 heures du soir ; — la tête descend lentement dans l'excavation ; — à minuit, dilatation presque complète, la rupture de la poche des eaux se

fait spontanément; — procidence du cordon; — à 3 heures du matin, les battements du cœur fœtal devenant très sourds, on fait une application de forceps et on extrait un enfant mort de 4.150 grammes; — la femme guérit.

7° Placenta prævia. Version par manœuvres externes. *Observation de M. Pinard*, résumée. (Inédite).

10 février 1885. — J., 26 ans; — 2pare; — enceinte de huit mois environ; — pertes de sang depuis quelques jours; — fœtus non accommodé et mobile dans la cavité utérine; — version céphalique par manœuvres externes; — application de la ceinture eutocique; — 12 février, à 3 heures du soir, avant toute douleur, rupture prématurée, spontanée, des membranes; — à 5 heures, début du travail; — accouchement spontané à 1 heure un quart du matin; — mère et enfant sortis bien portants.

8° Placenta prævia. Version par manœuvres externes. *Observation de M. Pinard*, résumée. (Inédite.)

2 juillet 1885. — P., 34 ans; — 6pare; — grossesse de huit mois environ; — plusieurs hémorrhagies pendant la grossesse; — fœtus non accommodé, très mobile dans l'intérieur de la cavité utérine; — huit jours avant le terme on amène, par des manœuvres externes, la tête au niveau du détroit supérieur et on applique la ceinture eutocique; — dans la soirée qui suit l'opération, le travail se déclare et une hémorrhagie grave se produit; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — le col n'est pas effacé mais légèrement perméable; on rompt la poche des eaux et l'hémorrhagie diminue considérablement; — accouchement spontané le lendemain matin, à 5 heures; — mère et enfant sortis en bonne santé.

9° Placenta prævia. Rétrécissement du bassin. Version par manœuvres externes.

Observation de M. Pinard résumée. (Inédite.)

11 juillet 1885. -- G. 32 ans ; — 3pare ; — rétrécissement rachitique du bassin, diamètre promonto-pubien minimum mesurant 7 centim. 1/2 ; — 1er accouchement ; embryotomie ; — 2° accouc. forceps pénible, enfant vivant de 3.300 gr. ; — grossesse actuelle de 8 mois 1/2 ; — présentation de l'épaule gauche en A.I.D ; — hémorrhagies de la grossesse ; — version par manœuvres externes et application de la ceinture eutocique, qu'on serre fortement; — mais la tête reste élevée par le fait du rétrécissement qui l'empêche de comprimer le segment inférieur de l'utérus et d'arrêter l'hémorrhagie ; — on est obligé de faire le tamponnement vaginal ; — on enlève le tampon au bout de 3 heures ; — le travail s'est déclaré pendant son application ; — le col est perméable, non effacé ; — on rompt les membranes, l'hémorrhagie s'arrête presque complètement ; — deux heures plus tard, on termine l'accouchement par la basiotripsie ; — guérison de la mère.

Dans ces 9 observations, la variété d'insertion du placenta n'est pas indiquée pour la plupart. Mais à la lecture des détails, on peut conclure qu'elle était soit marginale, soit partielle à un faible degré, qu'en somme il ne s'agissait pas de variétés graves d'insertion vicieuse.

Dans ces 9 cas, les résultats sont les suivants :

Mères, toutes guéries.

Enfants, 5 vivants, 4 morts, dont 2 ayant subi l'embryotomie céphalique pour cause de rétrécissement

pelvien. Ces 2 cas ne peuvent être comptés au passif de la méthode.

Les résultats, au point de vue de la mortalité, sont donc :

Mères, mortalité . . . . 0 p. 100
Enfants, mortalité . . . . 28 p. 100

La méthode de Wigand ne s'applique qu'à un nombre très limité de cas, ceux où il n'existe pas une présentation du sommet.

De plus, quand on a ramené la tête au détroit supérieur, le traitement n'est pas terminé, il n'est que commencé ; on se trouve simplement dans les conditions où la présentation du sommet existait primitivement, ce qui est la règle.

Il faut, par conséquent, après la version céphalique par manœuvres externes, si l'hémorrhagie continue, appliquer une des méthodes que nous avons décrites ou qu'il nous reste à voir.

Dans les observations rapportées précédemment, tantôt on a fait le tamponnement, tantôt la rupture artificielle de membranes, tantôt l'expectation simple.

Aussi les résultats que nous avons donnés ne sont-ils pas destinés à établir un terme de comparaison avec les autres méthodes de traitement, puisque celle de Wigand ne peut leur être substituée, mais à montrer la possibilité de faire, alors qu'il existe un placenta prævia, la version par manœuvres externes dans de bonnes conditions et avec des suites heureuses.

XIV

Méthode de Braxton-Hicks.

VERSION PAR MANŒUVRES COMBINÉES

Ainsi que l'a fort bien établi le professeur Herrgott, dans son article « Version » du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, la version par manœuvres combinées a été préconisée pour la première fois par D'OUTREPONT (de Wurzbourg)[1] en 1817, pratiquée ensuite avec diverses variantes par BUSCH[2] en 1826, par HOHL[3] en 1845, par BRAUN[4] en 1857.

Ces différents accoucheurs pratiquaient la version céphalique. BRAXTON-HICKS[5], en 1860, préconisa la version soit céphalique, soit podalique, à l'aide de manœuvres combinées externes et internes, et appliqua cette dernière au traitement du placenta prævia, d'où le nom de méthode de BRAXTON-HICKS sous lequel elle est généralement connue et que nous lui conserverons.

D'après MULLER[6], le même procédé aurait aussi été employé, dans le cas de placenta prævia, par HAMILTON, en 1822, et LEE, en 1848.

Cette méthode a été décrite par BARNES, sous le nom de version bipolaire.

1. D'Outrepont. Mémoire paru en 1817. (Mentionné par Herrgott.
2. Busch. Mémoire paru en 1826. (Mentionné par Herrgott.)
3. Hohl. Vortrage uber die Geburt bei Menschen, 1845.
4. Braun. Lehrbuch. Vienne, 1881.
5. Braxton-Hicks. Trans. of the Obst. Society of London, 1864, p. 219.
6. Müller. Placenta prævia, 1877, p. 57-68.

1° Description de la méthoae.

La méthode de Braxton-Hicks a été un peu diversement interprétée ; pour éviter toute erreur nous donnons ici la traduction de l'auteur[1] avec ses figures :

« Après avoir fait placer la patiente dans la position obstétricale et avoir lubréfié ma main, je l'introduis « dans le vagin, aussi loin qu'il est nécessaire pour « pénétrer de la longueur d'un doigt dans le col; quel« quefois il faut mettre toute la main; d'autres fois, trois « ou quatre doigts suffisent.

« Je détermine la situation de la tête et sa direction « par rapport à l'un ou l'autre côté de l'orifice utérin; « je place ma main droite sur l'abdomen près du fond; « ensuite je cherche à connaître la position du siège, « ce qui est rarement difficile. Avec la main qui est au « dehors, je pousse alors doucement, mais fermement le « siège vers le côté droit; au fur et à mesure qu'il « recule, de l'autre main je chasse la tête dans le sens « opposé, de manière à l'amener au-dessus du bord du « bassin.

« Notons que lorsque la tête est descendue d'une ma« nière notable dans la cavité pelvienne, ou a franchi « plus qu'à moitié l'orifice utérin, il est rarement possi« ble de la soulever au-dessus du bord pelvien, surtout « lorsque l'utérus est en action.

« Quand le siège est arrivé environ à l'extrémité du « diamètre transversal du l'utérus, la tête aura dépassé « le bord du bassin et l'épaule sera en face de l'orifice.

« On pousse l'épaule de la même façon que la tête; et

1. Braxton-Hicks. London obstetrical Transactions, 1864, p. 223.

« après une nouvelle légère pression du dehors sur le « siège, le genou touche le doigt et peut être saisi.

« Souvent quand les membranes sont intactes, dès

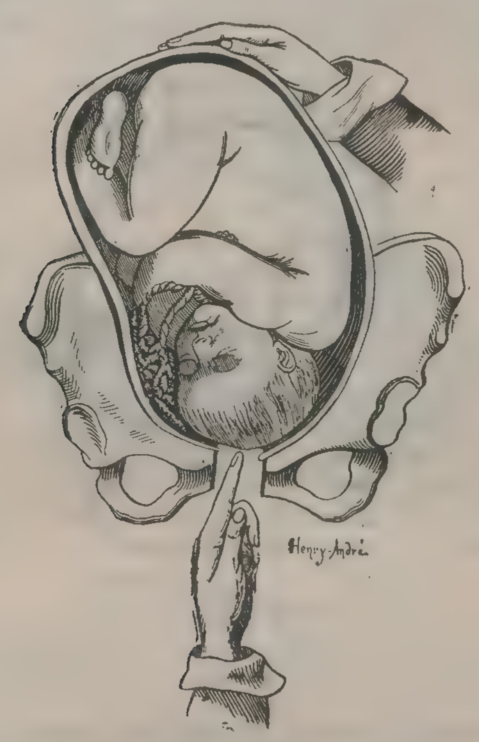


Fig. 10. — Version par manœuvres combinées.
1er Temps : Mobilisation de la partie fœtale.

« qu'on sent l'épaule, le siège et le pied arrivent en un « instant à l'orifice, par suite de la tendance de l'utérus « de faire coïncider l'axe longitudinal de l'enfant avec « le sien.

« Donc, s'il devait y avoir de la difficulté à saisir le

« genou, continuez à presser le siège et presque toujours « le pied se présentera.

« Quelquefois la version sera plus facile, si dès que la « tête est au-dessus du rebord pelvien, nous plaçons « au-dessous d'elle la main extérieure et si nous pous-

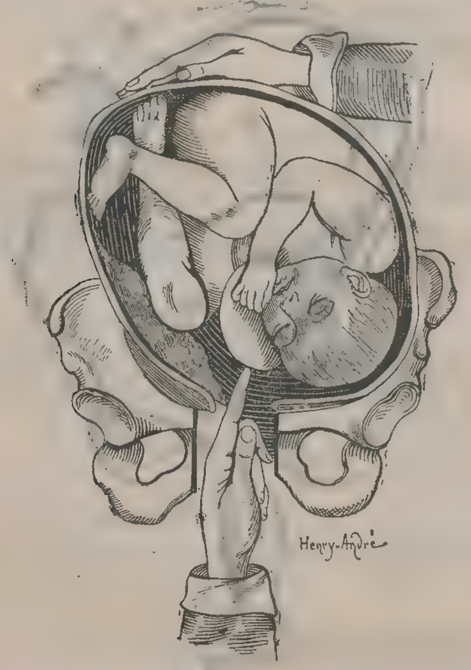


Fig. 11. — Version par manœuvres combinées.
2e Temps : Version proprement dite.

« sons la partie fœtale en haut en même temps que nous « faisons abaisser le siège.

« Tout cela peut, en général, être achevé en beaucoup « moins de temps qu'il m'en a fallu pour en faire la des- « cription ; mais parfois il est nécessaire d'unir une per- « sévérance constante à une douce patience.

« Si l'on ne peut introduire qu'un doigt dans l'orifice
« et que, par conséquent, il n'est pas possible d'y faire
« passer le pied, ce dernier sera retenu près de l'orifice
« par une pression exercée avec le doigt contre la sur-
« face interne de l'orifice et cela de préférence sur la
« partie antérieure, parce que le pubis aidera à suppor-

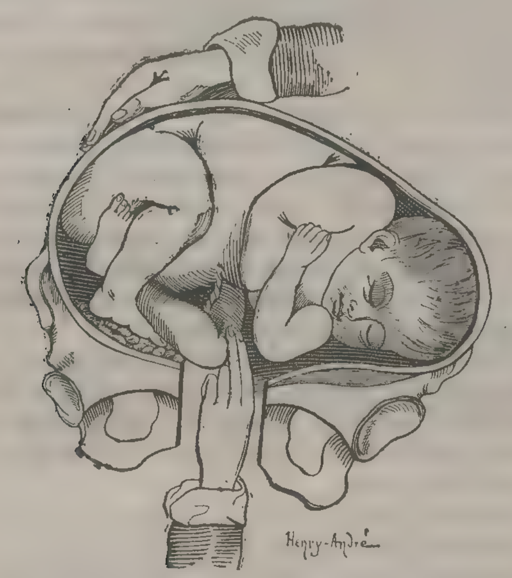


Fig. 12. — Version par manœuvres combinées.
3e Temps : Saisie et abaissement d'un membre pelvien.

« ter la pression. En même temps, à moins qu'il ne s'a-
« gisse de personnes extrêmement fortes, une pression
« externe sur les pubis aidera à retenir la jambe dans
« la position en question. De la sorte, quand l'orifice est
« suffisamment dilaté, on a toujours la jambe à portée.
« Cette faculté de retenir la jambe est d'une grande
« importance ; dans les cas où l'on ne peut terminer la
« version immédiatement après avoir saisi ce membre,

« en le retenant et le fixant, on établit entre l'utérus et « son contenu une meilleure relation et l'opération sui- « vante en devient plus facile. Cela est dû en partie à « l'action de l'utérus et en partie à une douce et insen- « sible tension de la jambe qui a lieu en même temps.

« Si la face regarde la partie gauche, de l'utérus, « la seule différence du procédé opératoire consistera « à presser le siège vers la gauche et la tête vers la « droite.

« Supposez maintenant qu'on n'ait pas pu déterminer « distinctement la position, dans quelle direction fau- « dra-t-il alors presser la partie fœtale? Si la tête ré- « pond exactement au centre, dirigez-la vers le côté où « elle s'incline et le siège du côté opposé; mais si la « tête ne répond pas absolument au centre et que la po- « sition ne soit pas déterminée exactement, de quel côté « convient-il d'exercer les pressions?

« Etant donnée la statistique de Nœgelé, on sait que le « dos, dans 75 p. 100 des cas, répond à gauche; il fau- « dra donc comprimer le siège vers la droite et la tête « vers la gauche, ainsi on sera pour les trois quarts du « temps dans le vrai.

« Au point de vue pratique, d'ailleurs, cela n'a pas « grande importance; car si l'on ne comprime pas dans « la direction voulue (et de même dans les présentations « du tronc), un des côtés s'inclinera toujours plus ou « moins vers l'orifice et amènera ainsi un des genoux à « la portée du doigt.

« Il faut se rappeler qu'une des grandes difficultés de « la version tient aux contractions utérines, à leur vio- « lence, à leur fréquence, et qu'on doit toujours procé- « der dans leur intervalle. Or, un des principaux avan- « tages de ma méthode, c'est que l'on agit au début « de la dilatation, au moment où les contractions n'ont « pas encore atteint leur summum d'intensité.

« Dans la présentation du tronc, il suffit souvent au « début de faire pénétrer deux doigts à travers l'orifice « pour atteindre et accrocher le genou; mais il peut « surgir quelques difficultés lorsque les membranes « sont rompues depuis longtemps. On aidera beaucoup « alors à la préhension du genou par des manœuvres « externes, abaissant le siège (*voir* plus haut) et relevant « la tête et le coude. Dans la présentation de l'épaule « j'attache une grande importance à la compression ex- « terne faite sur le siège; je l'ai toujours vue réussir à « amener le genou à l'orifice. On évite ainsi cette grave « et ancienne méthode qui consiste à mettre la main tout « entière dans l'utérus.

« Je ne nie pas que ma méthode de pression sur le « siège ne présente pas une grande difficulté dans les cas « exceptionnels où le tronc, pelotonné sur lui-même, est « engagé dans l'excavation pelvienne, le bras pendant « au dehors de la vulve et la tête et le siège retenus « dans l'utérus et comprimés par la contraction utérine. « La compression sur le siège devient alors presque « impossible. »

Plus loin.

« J'ai trouvé grand avantage à employer ma méthode « de version dans les *cas de placenta prævia*, cas graves « où l'accoucheur se demande s'il procédera au tam- « ponnement, à l'accouchement forcé, etc.; je n'ai pas « à entrer dans la description de ces procédés. Voici le « mien : après avoir fait descendre le pied grâce à « la compression externe que j'ai décrite, lorsque la « tête se présente, je vais à la recherche des mem- « branes, je les romps, je saisis le pied et douce- « ment je le fais descendre ainsi que la jambe et cela, « sans aucun effort, par le seul poids du bras; la jambe « ainsi engagée, j'ai un tampon naturel. Peu à peu, la « dilatation se produit, le siège à son tour s'engage et

« forme un nouveau tampon. Avec ce mode opératoire, « je n'ai jamais d'hémorrhagie, ni interne, ni externe, « pendant le cours du travail. »

La méthode de Braxton-Hicks n'est donc autre chose que la version pelvienne par manœuvres combinées, suivie de l'abaissement d'un des membres inférieurs du fœtus. A l'exemple de divers auteurs, nous appellerons également méthode de Braxton-Hicks, le simple abaissement d'un membre dans les cas de présentation du siège. La nature s'est alors chargée de la première partie de l'opération, il ne reste à l'accoucheur que la seconde à exécuter.

2° *Résultats.*

Pour juger cette méthode, consultons les statistiques : Braxton-Hicks a publié 8 cas de placenta prævia traités par sa méthode ; 2 femmes succombèrent, 6 guérirent; 4 enfants naquirent vivants, 4 morts.

Plusieurs faits isolés ont été mentionnés par différents auteurs, mais trop complexes pour la plupart pour qu'on puisse en tenir compte.

Nous possédons d'ailleurs sur ce sujet une excellente statistique : celle publiée successivement à Berlin par Hofmeier, Behm, Lomer, et qui nous permet de juger la méthode de Braxton-Hicks en pleine connaissance de cause.

Méthode de Braxton-Hicks

Statistique berlinoise.

Lomer[1], réunissant ses observations à celles de Behm et d'Hofmeier, arrive à un total de 178 cas.

	Cas.	Mères mortes.	Enfants morts.
Hofmeier . . .	37	1	23
Behm.	40	0	31
Lomer	101	7	51
	178	8	105

Mortalité pour les mères : 4,5 p. 100. Nous dirons 4 0/0[2].

Mortalité pour les enfants : 60 p. 100.

Les 8 cas de morts pour les mères sont dus aux causes suivantes :

1° Cas d'Hofmeier : hémorrhagie suivie de septicémie (intervention ayant été trop tardive).

2° Pour les 7 cas de Lomer : 3 morts par infection primitive ; 2 morts par septicémie contractée avant l'accouchement ; 1 mort par pénétration de l'air dans les veines au moment de l'extraction du placenta ; 1 mort par déchirure du col et hémorrhagie artérielle au septième jour.

La méthode suivie par les accoucheurs de Berlin est bien celle de Braxton-Hicks ; le lecteur pourra d'ailleurs en juger par cet extrait de l'article de Lomer[3] qui

1. American Journal of obst., 1884, p. 1235.

2. Nous avons, pour simplifier nos statistiques, supprimé les chiffres décimaux (*V.* explication, page 191).

3. Lomer. Amer. Journal of obstetr., 1884, p. 1235.

résume la manière d'agir suivie dans les cas dont la statistique vient d'être publiée.

« Faites la version bimanuelle aussitôt que possible,
« attirez en bas une des jambes du fœtus, pour tamponner, par son intermédiaire et celui du siège, les
« vaisseaux rompus du placenta. *Gardez-vous d'extraire*
« *l'enfant à ce moment*, laissez agir la nature ou aidez
« simplement par quelques rares et douces tractions.
« — Servez-vous du tampon le moins possible; c'est un
« moyen dangereux qui favorise la septicémie et dans
« l'application duquel on perd un temps précieux. Pour
« pratiquer la version, n'attendez pas que le col et l'ori-
« fice externe de l'utérus soient suffisamment dilatés
« pour l'introduction de la main. Faites la version
« aussitôt que l'ouverture utérine est assez grande pour
« permettre le passage de deux ou même d'un doigt.

« Il n'est pas nécessaire pour cela de faire pénétrer
« de force vos doigts à travers l'orifice utérin. Intro-
« duisez toute la main dans le vagin, passez un ou deux
« doigts à travers l'ouverture utérine, rompez les mem-
« branes et faites la version d'après la méthode bima-
« nuelle de Braxton-Hicks. *Usez largement du chloro-*
« *forme pour faire ces manœuvres.* — Si le placenta est
« sur votre chemin, essayez de rompre les membranes
« à son bord; si vous ne pouvez agir de la sorte, ne
« perdez pas de temps, perforez le placenta avec vos
« doigts, saisissez une jambe aussi vite que possible et
« attirez-la en bas.

« Jusque-là le traitement a été énergiquement actif.
« A ce moment, l'écoulement sanguin cesse, la théra-
« peutique doit être expectante. Une rapide extraction
« faite à cet instant causerait une déchirure du col
« utérin et une hémorrhagie fatale de la délivrance.
« — Soyez patient; laissez à la femme le temps de
« rassembler ses forces, attendez le retour des contrac-

« tions utérines, et alors aidez la nature en exerçant de
« douces et lentes tractions. Si l'enfant est en danger
« pendant ce temps, laissez-le courir ses risques; lais-
« sez-le mourir au besoin, mais ne compromettez pas
« le sort de la mère par une rapide extraction. »

Comme élément de jugement de la méthode de Braxton-Hicks, nous retiendrons les chiffres de la statistique berlinoise :

Mortalité pour les mères. . . . . . 4 p. 100
Mortalité pour les enfants . . . . . 60 p. 100

3° *Appréciation.*

La méthode de Braxton-Hicks a ses avantages et ses inconvénients.

Ses avantages : 1° elle n'exige aucun instrument spécial. Le médecin pris au dépourvu peut la pratiquer. Il est cependant bon d'avoir du chloroforme, car l'anesthésie, si elle n'est pas indispensable, est très favorable à l'exécution des manœuvres nécessaires.

2° Elle n'est pas douloureuse pour la femme, ou plutôt quand la version est opérée il n'y a pas de phénomènes douloureux attribuable à la méthode elle-même, comme l'est par exemple la gêne causée par le tampon.

3° Dans le placenta prævia, il est deux gros dangers à conjurer : 1° l'hémorrhagie; 2° les déchirures du col utérin. — La méthode de Braxton-Hicks permet justement d'éviter ces deux écueils : en pratiquant la version de bonne heure, on arrête l'hémorrhagie ; en confiant à la nature l'expulsion de l'enfant, on prévient les lacérations du col.

Ses inconvénients : 1° elle expose à la procidence du

cordon, fréquente, on le sait, dans l'insertion vicieuse du placenta (?);

2° Elle ne produit pas l'hémostase. Telle est l'opinion de Fritsch et de Kucher. — Hofmeier, Behm, Lomer, qui ont si fréquemment employé cette méthode, ne sont nullement de cet avis. Au moment de l'opération, l'écoulement sanguin est abondant, très abondant, même quand il s'agit d'une variété d'insertion où le placenta est largement accessible; mais il cesse immédiatement lorsque le membre inférieur est amené dans le vagin.

3° On a encore dit qu'elle favorisait l'hémorrhagie interne. — Dans un cas de Behm, un peu de sang s'était accumulé au-dessus du siège du fœtus. Ce reproche n'est appuyé sur aucune observation sérieuse.

4° Une des principales objections qu'on a faites à la méthode de Braxton-Hicks, c'est sa difficulté d'exécution.

Poppel, dans un cas, essaya vainement de la pratiquer.

Le Dr Kücher[1], quoique partisan de la méthode, dit qu'on échoue dans un certain nombre de cas. Il cite deux faits où il ne put réussir.

Martin[2], au contraire, la considère comme très facile.

Kaltenbach[3] est du même avis; les seules personnes, d'après lui, qui objectent la difficulté de cette opération sont celles qui ne l'ont jamais tentée.

Nous voyons, en effet, la plupart des auteurs qui ont employé cette méthode la considérer comme facile, et Lomer[4] notamment insiste sur cette facilité, mais à une condition, c'est qu'à l'exemple de Braxton-Hicks, on emploie le chloroforme.

1. Wiener med. Presse, 1880.
2. Leitfaden der Geb. operat., 1877, p. 32.
3. Zeitsch. f. Geb. und Gyn., vol. III, p. 186.
4. American Journal of obstet., 1884, p. 1257.

Avec Lomer, nous dirions volontiers : « Try it, and judge for yourself. » (Essayez-la et jugez par vous-même).

A propos de la méthode de Puzos, nous avons tâché de démontrer comment la rupture de la poche des eaux, combinée à l'engagement de la partie fœtale (sommet ou siège), produisait l'arrêt de l'hémorrhagie du placenta prævia.

Nous avons insisté à propos de la présentation du sommet sur les conditions spéciales de l'hémostase, et il est inutile d'y revenir ici.

Il n'est qu'un point à mettre en relief au sujet de la méthode de Braxton-Hicks.

Après la rupture de l'œuf, le sommet, pour exercer une hémostase assurée, exige un degré de dilatation assez marqué, et l'arrêt de l'écoulement sera d'autant plus complet que l'orifice utérin sera plus ouvert.

Il n'en est pas de même du siège dans le procédé de la version combinée : aussitôt que le pied fœtal peut franchir l'orifice utérin, et avec un col souple il faut pour cela un très léger degré d'ouverture, l'hémorrhagie est suspendue.

Avec le sommet, les chances d'hémostase augmentent avec la dilatation, avec le siège (dont un membre est abaissé); ces chances sont les mêmes à tous les degrés de la dilatation.

La forme différente des deux parties fœtales nous en donne aisément l'explication.

La tête, sorte de sphère, pour bien s'adapter au segment inférieur de l'utérus, exige un certain degré de dilatation. Nous n'insistons pas sur ce point déjà démontré.

Le siège, au contraire, avec un membre étendu a la forme d'un cône dont la pointe est au pied et la base

à la circonférence bitrochantérienne. Or, la pointe est effilée, elle peut pénétrer dans l'orifice utérin dès le début de son ouverture ; à mesure que la dilatation se fait, le cône descend et l'adaptation reste intime. La compression s'exerce pendant toute la période de dilatation et se continue par la descente fœtale durant toute celle d'expulsion.

Conclusion thérapeutique : *La poche des eaux étant rompue avec une dilatation moyenne de l'orifice utérin, il est indifférent, au point de vue de l'hémostase, d'avoir une présentation du sommet ou du siège ; avec une faible dilatation, une présentation du siège est bien préférable à celle du sommet.*

(Par siège, nous entendons le siège avec abaissement d'un pied, comme dans la méthode de Braxton-Hicks.)

XV

EXTRACTION DU FŒTUS,

FORCEPS, VERSION, EXTRACTION MANUELLE, EMBRYOTOMIE

Dans les cas de placenta prævia, de même qu'en l'absence de cette complication, le fœtus peut être extrait des organes génitaux à l'aide de la main (avec ou sans version préalable), à l'aide du forceps ou enfin à l'aide d'un instrument d'embryotomie.

Ce ne sont pas là des méthodes spéciales propres au placenta prævia, mais des modes d'intervention très usités en obstétrique, applicables dans l'ectopie placentaire comme dans beaucoup d'autres cas pathologiques.

Aussi, aucun nom spécial ne s'attache-t-il à ces différents procédés, qui, depuis leur invention, ont été plus ou moins employés par tous les accoucheurs.

Nous ne parlerons que de ce qui est spécial aux cas de placenta prœvia, et nous verrons successivement :

1° L'extraction manuelle, avec ou sans version préalable ;

2° Le forceps ;

3° Le parallèle entre la version et le forceps ;

4° L'embryotomie.

1° *Extraction manuelle avec ou sans version préalable.*

L'extraction manuelle simple est pratiquée dans les cas de présentation du siège ; elle ne réclame ici aucune description spéciale ; il n'en est pas de même de l'extraction manuelle précédée de la version, telle qu'on la fait dans les présentations de l'épaule et du sommet.

La version a été parfois pratiquée avant la complète dilatation ou dilatabilité de l'orifice utérin ; ce n'est alors autre chose que l'accouchement forcé, la méthode de Guillemeau, étudiée dans un autre chapitre.

Il n'est question que des cas où l'orifice utérin est complètement dilaté ou dilatable.

Or la perméabilité de l'ouverture utérine présente ici certains traits intéressants.

Sauf quelques exceptions, à dilatation égale l'ouverture utérine est bien plus dilatable dans les cas de placenta prævia que dans ceux d'insertion normale.

Si l'on n'était pas averti de ce phénomène, on perdrait un temps précieux à attendre l'achèvement de la dilatation, alors qu'on peut intervenir parce que la dilatabilité est complète.

On sait que la dilatabilité est complète quand, sans difficultés, les bords de l'orifice s'appliquent au pourtour de l'excavation pelvienne. C'est sur ce critérium qu'il faudra se baser pour saisir le moment favorable à

l'intervention. Il y a là, on le comprend, un juste milieu à garder ; il ne faut pas attendre trop longtemps inutilement ; d'autre part, il ne faut pas intervenir trop tôt, sans quoi on fera l'accouchement forcé, et on s'exposera à tous ses inconvénients et dangers.

Le point capital de la version, dans les cas de placenta prævia, est la pénétration de la main dans l'intérieur de l'utérus et de la cavité amniotique.

Quand le placenta est marginal, nulle difficulté : on arrive de suite sur les membranes et on se comporte comme dans les cas ordinaires. Mais supposons un placenta prævia central ou une variété partielle recouvrant tout l'orifice ; comment pénétrer ? Trois méthodes ont été préconisées :

A. *La méthode de Rigby*[1]. — On perfore le placenta avec la main, on pénètre ainsi dans la cavité amniotique, et, après avoir saisi le ou les pieds du fœtus, on l'extrait par la voie artificielle qu'on s'est ouverte.

Cette méthode permet d'agir promptement ; mais elle a l'inconvénient, passager il est vrai, de provoquer une hémorrhagie abondante au moment de la pénétration de la main.

B. *La méthode de Mauriceau*[2]. — Au lieu de perforer le placenta, on le contourne ; on le décolle sur un point de son pourtour, jusqu'à ce qu'on sente les membranes, qu'on rompt pour pénétrer dans l'œuf.

1. D'après Playfair. Traité d'Accouchements, Trad. Vermeil, 1879, p. 554. (Nous n'avons pas pu nous procurer Rigby pour vérifier cette assertion.)

2. Ce procédé, attribué par quelques auteurs à Gendrin, se trouve très nettement indiqué par Mauriceau. Traité d'Accouchements, 6e édition, p. 333 ; et plus tard par Jacobs. École pratique des accouchements, 1785, t. I, p. 273.

Le point essentiel est ici de trouver les membranes; c'est même là l'écueil de cette méthode; aussi les avis donnés par les auteurs varient-ils un peu à cet égard :

a. *Behm*[1] conseille de parcourir tout le pourtour du col avec le doigt. En un point on sent l'adhérence du placenta moindre; le doigt, à ce niveau, s'enfonce plus facilement : c'est dans cette région qu'il faut pénétrer. Cette faible adhérence indique le voisinage des membranes.

b. *Müller*[2] pense que le diagnostic de la proximité des membranes est impossible, et comme l'étude anatomique du placenta prævia démontre que la plus petite portion du placenta se trouve plus souvent à gauche, il conseille de décoller dans ce sens, et pour cela de faire pénétrer la main droite. Si on échouait dans cette direction, on tenterait dans le sens opposé avec la main gauche.

c. *Spiegelberg*[3] n'attache aucune importance au choix de la main. Il introduit celle qui, d'après la situation du fœtus, doit le plus commodément saisir les pieds. Il décolle le placenta dans une direction quelconque et, en pénétrant assez loin, arrive toujours aux membranes qu'il perfore.

C. *La méthode de Peu.* — Cette méthode consiste à aller aussi loin que possible entre les membranes et la paroi utérine; il ne faut pénétrer dans l'œuf que lorsqu'on est au niveau des pieds. C'est à tort qu'on attribue cette méthode à Deleurye, ainsi qu'on peut en juger par le passage suivant de Peu[4] :

« Une chose très importante à observer quand on se « trouve contraint, par la perte de sang, à en venir à

1. Behm. Zeitschrift f. Geburtsk., IX, Bd, 2 heft, p. 388.
2. Placenta prævia. Stuttgart, 1877, p. 281.
3. Samml. Klin. vortrage. Von Volkmann, no 99, p. 772.
4. Peu. La Pratique des Accouchements, 1694, p. 277.

« l'opération, est que les eaux ne sont point encore
« ouvertes, c'est de couler les mains tantôt à droite tan-
« tôt à gauche, le plus haut et le plus doucement qu'il
« est possible, *le long des membranes qui contiennent*
« *les eaux sans les rompre,* jusqu'à ce qu'on ait trouvé
« les pieds de l'enfant pour s'en saisir. »

C'est, en général, la méthode de Mauriceau, la pénétration par le bord placentaire, que les accoucheurs choisissent dans l'exécution de la version. L'opérateur ne doit pas oublier que, dans cette méthode comme dans celle de Rigby, quoiqu'à un moindre degré, au moment où la main décolle le placenta, le sang s'écoule en abondance; il faut alors s'armer de sang-froid, le salut de la femme et peut-être celui de l'enfant sont à ce prix.

Les autres temps de la version ne présentent aucune particularité; il est rare que l'ectopie placentaire gêne l'extraction du fœtus.

Un mot cependant d'une question soulevée par Ritgen[1]. D'après cet auteur, il vaudrait mieux saisir les deux pieds, car en n'en abaissant qu'un on exposerait l'autre à accrocher le placenta. — On préfère en général ne prendre qu'un pied, pour que l'autre, restant accolé au siège, augmente le volume de cette partie fœtale qui ouvre la voie à la tête et empêche la compression du cordon.

Les différentes statistiques que nous avons pu réunir nous ont fourni les données suivantes, comme résultats de

1. In Müller. Placenta prævia, 1877, p. 282.

la version par manœuvres internes pratiquée dans le cas d'insertion vicieuse du placenta.

Mortalité maternelle.

	Cas.	Morts.
Statistique de L. Müller[1],	860	258
Clinique d'accouchements de Paris[2], 1855-1885. .	32	12
Maternité de Paris[3], de 1855 à 1885.	57	21
	949	291

Mortalité : 31 p. 100.

D'après une statistique de Sickel (in Müller) sur 3.476 versions podaliques, faites en dehors du placenta prævia, 291 femmes succombèrent. Mortalité : 8,3 p. 100. On voit la grande différence de pronostic qui existe avec la version faite dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, 31 p. 100 à 8,3 p. 100.

Mortalité des enfants.

	Cas.	Morts.
Statistique de Müller	416	250
Clinique d'accouchements de Paris, 1855 à 1885.	30	21
Maternité de Paris, de 1855 à 1885.	57	30
	503	301

Mortalité: 60 p. 100.

Müller[4], sur une statistique de 10.910 versions pratiquées dans des cas non compliqués de placenta prævia,

1. Müller. Placenta prævia. Stuttgart, 1877, p. 276.
2. *Voir* page 197.
3. *Voir* page 207.
4. Müller, *Loco citato.*

arrive à la mortalité de 51,8 p. 100. On voit donc que dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, le pronostic pour les enfants est légèrement plus grave. Différence : (60 p. 100 à 51,8 p. 100).

Tandis que pour la mortalité maternelle il existe une différence considérable (31 p. 100 à 8,3 p. 100), pour la mortalité fœtale la différence au contraire est minime (60 p. 100 à 51,8 p. 100).

En résumé la version pratiquée dans les cas de placenta prævia donne :

Mortalité maternelle.	31 p. 100
Mortalité fœtale.	60 p. 100

2° *Forceps.*

Le forceps, de même que la version, a été employé dans deux conditions différentes, tantôt au moment d'élection, c'est-à-dire à la dilatabilité ou dilatation complète de l'orifice utérin, tantôt avant ce moment.

a. Application avant le moment d'élection. — C'est un accouchement forcé qu'on a pratiqué dans ces cas, seulement, au lieu de le faire par la version, on s'est servi du forceps.

Eshleman[1] a préconisé ce procédé et l'a mis en exécution dans un cas. Cet auteur préfère le forceps à la version parce qu'avec un orifice peu dilaté, les cuillers de l'instrument pénètrent sans difficulté, alors que la main est obligée de produire des désordres plus ou moins considérables.

1. American Supplement to the obstetrical Journal, oct. 1875.

Le forceps saisit sans peine la tête du fœtus et en l'attirant doucement, progressivement, produit l'hémostase et accélère la dilatation jusqu'à ce que l'orifice soit suffisamment ouvert pour le passage de la partie fœtale. On termine alors l'accouchement comme dans les conditions ordinaires.

L'idée d'ESHLEMAN présente une grande analogie avec celle de KRISTELLER. Ces deux accoucheurs cherchent à faire descendre et à engager la partie fœtale ; mais tandis que l'un se sert de la *vis à fronte*, l'autre au contraire emploie la *vis à tergo*.

Inutile d'insister sur le procédé d'ESHLEMAN qui n'est qu'une variété d'accouchement forcé, et qui par conséquent est passible des mêmes reproches que cette opération.

b. Application au moment d'élection. — Il faut, pour que l'emploi de cet instrument soit possible, que l'insertion placentaire soit latérale, marginale ou partielle à un faible degré. S'il s'agit, en effet, d'une insertion centrale, l'introduction des cuillers sera impraticable ou ne pourra être faite qu'à la condition d'employer la méthode de Cohen et de transformer de la sorte la variété centrale en variété marginale.

L'introduction du forceps réclame de grandes précautions dans les cas de placenta prævia ; il faut éviter de heurter le lambeau placentaire avec l'extrémité des cuillers, sous peine de produire des désordres plus ou moins considérables.

L'hémorrhagie augmente d'habitude pendant l'application, car à ce moment on est obligé de repousser plus ou moins la tête, mais elle diminue ou cesse complètement aussitôt qu'on fait les tractions.

Résultats obtenus avec le forceps appliqué au moment d'élection :

Mortalité des mères.

	Cas.	Morts.
Clinique d'accouchements[1], Paris, 1855-1885	18	9
Maternité de Paris[2], 1855-1885	3	1
	21	10

Mortalité : 48 p. 100.

Mortalité des enfants.

	Cas.	Morts.
Clinique d'accouchements, Paris, 1855-1885	18	10
Maternité de Paris, 1855-1885	3	2
	21	12

Mortalité : 57 p. 100.

3° *Parallèle entre les forceps et la version.*

Si nous mettons en parallèle les résultats fournis par le forceps et la version, au point de vue de la mortalité, nous avons les résultats suivants :

Mortalité maternelle.

Version	31 p. 100
Forceps	48 p. 100

1. *Voir* page 198.
2. *Voir* page 208.

Mortalité fœtale.

Version	60 p. 100
Forceps	57 p. 100

Ces chiffres s'appuient sur un nombre de cas trop différents (949 pour la version et 21 pour le forceps) pour avoir une valeur absolue. Nous les croyons cependant propres à mettre en lumière un fait admis d'ailleurs par la plupart des accoucheurs, c'est que *si la version est préférable dans l'intérêt de la mère* (31 p. 100 comparé à 48 p. 100), *c'est au contraire le forceps qui est le plus favorable à l'enfant* (57 p. 100 comparé à 60 p. 100).

4° *Embryotomie.*

L'embryotomie céphalique ou proprement dite a été assez souvent pratiquée dans les cas de placenta prævia, non à cause de cet état pathologique, mais pour parer aux différentes complications qui nécessitent d'habitude cette opération.

Les diverses variétés d'embryotomie n'étant soumises ici à aucune règle particulière, toute description spéciale nous paraît superflue.

DEUXIÈME SECTION

EXPOSÉ SYNTHÉTIQUE DE DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE PLACENTA PRAEVIA

I

HISTORIQUE GÉNÉRAL

A la description de chaque méthode, nous avons étudié son histoire. Cherchons maintenant, dans une vue d'ensemble, à suivre les diverses péripéties par lesquelles a passé le traitement du placenta prævia.

1° C'est à la fin du XVI[e] siècle, avec GUILLEMEAU, que commence en réalité l'histoire du placenta prævia, et c'est à cet illustre accoucheur qu'on doit la première méthode qui lui fut appliqué, l'accouchement forcé.

Désastreuse méthode, mais qui néanmoins n'en règne pas moins en maîtresse absolue pendant tout le siècle suivant.

Louise Bourgeois (1619), Mauriceau (1668), Viardel

(1671), Portal (1685), Peu (1695), l'emploient et la préconisent tour à tour. Nous la trouvons également seule pratiquée pendant la première moitié du XVIIe siècle par Amand (1714), Dionis (1721), Fréderici (de Hambourg) (1732), Smellie (1751), et enfin par Levret en 1770; c'est ce dernier auteur qui lui donne le nom d'accouchement forcé.

Cette méthode ne s'éteint pas d'ailleurs à cette époque; nous la voyons encore employée ci et là par divers accoucheurs. Aujourd'hui, heureusement, elle a à peu près complètement disparu de la thérapeutique obstétricale.

2° Au milieu du XVIIIe siècle, alors que partout on fait l'accouchement forcé, en 1759 Puzos propose un moyen aussi doux que le précédent était violent: la simple rupture des membranes.

Mais la méthode de Puzos fait peu d'adeptes. Ce moyen paraît trop anodin, pour combattre un état aussi grave, que celui produit par le placenta prævia.

Quelques auteurs de loin en loin le tentent et le préconisent; mais la méthode fait peu parler d'elle, et aujourd'hui même cet excellent procédé est encore rarement employé.

Rompre l'œuf est à peine une intervention, on ne peut appeler méthode une simple déchirure de membranes!

3° Tandis que le procédé de Puzos est timidement proposé et timidement soutenu par ses rares partisans, quelques années après, en 1776, à Dijon, naît une nouvelle méthode destinée à faire autant de bruit que celle de Puzos était restée dans l'ombre. C'est la méthode

de Leroux. — On remplit le vagin d'un corps étranger absorbant, on oppose une digue insurmontable à l'hémorrhagie. Le remède est héroïque, le sang ne peut plus couler.

La méthode de Leroux accomplit une véritable révolution dans le traitement du placenta prævia.

L'extraction à outrance, pratiquée par tous les accoucheurs jusqu'à cette époque, est bientôt remplacée par le tamponnement à outrance. Avant on voulait vider l'utérus à tout prix, maintenant on oppose un obstacle insurmontable à la sortie de son contenu : on lutte contre la sortie du sang, on lutte contre la sortie du placenta, on lutte même (dans ces derniers temps) contre la sortie du fœtus ; (on sait, en effet, que la méthode de M. Pajot consiste à laisser la femme accoucher de son tampon puis de son enfant, tout en s'opposant, dans des limites raisonnables à la sortie du premier.)

Presque tous les accoucheurs se mettent à la pratique du tamponnement; notons en particulier Baudelocque (1781), Wigand (1808), Wegeler (1813), Osiander, Busch, Dewees (1819), Caru Ritgen (1824), Lumpe : « Sans le tampon, dit ce dernier auteur, je ne voudrais pas être accoucheur; » Chiari, Scanzoni, Spæth, P. Dubois, etc.

Le tampon règne en maître absolu en France et à l'étranger pendant toute la première moitié de ce siècle. Aucune autre méthode sérieuse ne lui est opposée. Notons cependant celle de Simpson (1844) qui, à cause de l'autorité de son inventeur, attire un moment l'attention des accoucheurs, mais qui retombe bientôt dans l'oubli n'ayant en aucune façon porté atteinte au prestige du tampon.

4° En 1862 et 1864, presque en même temps, surgissent deux méthodes très importantes et qui vont entrer en lutte vive avec la méthode de Leroux ; nous voulons parler de celles de BARNES et de BRAXTON-HICKS.

C'est de Londres que partent ces deux méthodes de traitement, et tandis que celle de Braxton-Hicks est favorablement accueillie en Allemagne, où elle semble devoir régner en maîtresse actuellement (école de Schroeder), au contraire, celle de Barnes se répand dans les pays de langue anglaise, en Angleterre et aux États-Unis (J. Murphy, Lusk), où elle est très employée.

Pendant ce temps, les Français, fidèles à l'invention de leur compatriote, continuent à pratiquer le tamponnement, qui est encore aujourd'hui la méthode en faveur à Paris.

Nous voici arrivés à l'époque actuelle.

En Allemagne, on fait surtout la version par manœuvres combinées de Braxton-Hicks.

En Angleterre et aux États-Unis, la méthode de Barnes est celle qu'on préfère.

En France, on tamponne.

Quelques accoucheurs, dans différents pays, restent attachés à la méthode de Puzos.

Enfin, ci et là, quelques méthodes exceptionnelles de peu d'importance sont employées, mais gardent une réputation toute locale.

II

PARALLÈLE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES

Mettons en regard les résultats statistiques que nous avons obtenus pour chacune des principales méthodes[1] de traitement du placenta prævia, en suivant l'ordre de décroissance de *mortalité maternelle*.

Mortalité maternelle et fœtale :

	Mères.	Enfants.
1° Méthode de Guillemeau	49 p. 100	64 p. 100
2° Méthode de P. Dubois.	42 p. 100	77 p. 100
3° Méthode de Deventer.	34 p. 100	57 p. 100
4° Méthode de Simpson.	20 p. 100	83 p. 100
5° Méthode de Puzos. . .	13 p. 100	46 p. 100
6° Méthode de Leroux (antiseptique).	6 p. 100	55 p. 100
7° Méthode de Braxton-Hicks	4 p. 100	60 p. 100
8° Méthode de Barnes . .	0 p. 100	43 p. 100

D'après ces résultats comparatifs, les quatre premières méthodes sont donc à rejeter et les quatre dernières, au contraire, à conserver.

L'ordre de mérite est-il exactement indiqué par ce tableau? Celle de Puzos est-elle la moins bonne et celle de Barnes la meilleure?

Non ; attribuons à ces quatre méthodes la même valeur, pour les raisons que voici :

1 Les autres méthodes, n'ayant pas encore fait leurs preuves et n'étant appuyées sur aucune statistique, sont laissées de côté.

La mortalité fœtale, sauf pour le procédé de Barnes, suit une progression contraire à celle des mères; c'est là un élément dont il faut tenir compte, quoique la mort d'un enfant ne soit en aucune façon de même poids que celle d'une mère.

La méthode de Puzos présente le chiffre de mortalité le plus élevé. Mais les cas de cette statistique, recueillis à la Clinique d'accouchements et à la Maternité, de 1855 à 1885, comprennent l'époque où l'antisepsie n'était pas faite, tandis que pour les trois autres méthodes toutes les femmes ont été soignées antiseptiquement.

La différence entre les méthodes de Leroux et de Braxton-Hicks est tellement faible qu'elle ne peut être prise en considération, d'autant plus que la mortalité fœtale compense la mortalité maternelle.

La méthode de Barnes est celle qui s'offre avec les chiffres les plus brillants. Mais tous ces cas appartiennent à un même opérateur, à James Murphy. Or, Lomer[1] a ingénieusement montré que les résultats changent complètement suivant qu'une méthode est appliquée par un ou plusieurs opérateurs.

Nous avons vu que les faits de version de Braxton-Hicks, réunis par Hofmeier, Behm, Lomer, et traités par plusieurs assistants et internes, arrivaient à 8 mères mortes sur 178; or, si on ne prend que les cas traités par ces trois accoucheurs seuls, on a les résultats suivants :

Hofmeier	37 cas	1 mort
Behm	30 —	0 —
Lomer	16 —	0 —

C'est-à-dire à une mort sur 93 cas.

Si Lomer n'avait pris que ses propres cas, il serait ar-

1. American Journal of obstet., 1884, p. 1242.

rivé à des résultats aussi bons que Murphy, et Behm de même.

Pareille objection, parfaitement applicable à Murphy, ne peut être adressée à aucune autre des trois méthodes. Notre statistique de la méthode de Leroux en est entre autres un exemple, car s'il est vrai que tous ces cas ont été traités à la Maternité, souvent le tampon a été appliqué en ville par le médecin traitant, et à la Maternité par différentes personnes, soit le chef de service, soit la sage-femme en chef, soit l'interne, soit les aides sages-femmes, soit même quelquefois des élèves.

Les méthodes de Puzos, Leroux, Braxton-Hicks, Barnes, sont donc également bonnes.

III

APPLICATION EN CLINIQUE DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT

Quittons maintenant les chiffres, qui n'ont plus rien à nous démontrer, pour examiner comment et dans quel cas ces quatre méthodes sont applicables.

Nous allons, en un mot, d'après les données précédentes, essayer de tracer la conduite à suivre :

A. Pendant la grossesse;

B. Pendant le travail;

C. Pendant les suites de couches;

D. Pour terminer, nous aurons quelques mots à dire au sujet du traitement à appliquer après les grandes hémorrhagies compromettant, par anémie, la vie de la femme.

A. Pendant la grossesse.

Deux cas peuvent se présenter : l'hémorrhagie est nulle ou faible, ou bien elle est grave.

Quelle limite tracer entre ces deux variétés. On éprouve ici le même embarras que pour toutes les hémorrhagies puerpérales.

Le meilleur critérium de la gravité est l'état général de la femme : *une hémorrhagie est grave quand elle compromet la santé de la femme; elle est légère, faible, bénigne, dans le cas contraire.*

a. Quand l'*écoulement est léger*, le traitement est purement expectant ; on condamne la femme au repos et, le plus souvent, on voit l'hémostase se faire spontanément.

b. L'*hémorrhagie est grave.* A laquelle des quatre méthodes que nous connaissons faut-il avoir recours?

La *version de Braxton-Hicks* n'est pas praticable, car le col n'est ni effacé, ni ouvert; la femme n'est pas encore en travail.

On pourrait, dans le cas de placenta marginal ou latéral, arriver jusqu'aux enveloppes de l'œuf et les rompre d'après la méthode de Puzos. Nous avons exposé les différentes raisons qui doivent faire hésiter dans ce mode d'intervention ; il faut, autant que possible, pour pratiquer cette rupture, attendre des contractions utérines énergiques, soutenues et un certain degré de dilatation de l'orifice utérin.

Il reste donc la méthode de Leroux et celle de Barnes ; elles sont également bien applicables dans la circonstance.

En dehors des préférences personnelles qu'on peut avoir, il n'y a aucune raison spéciale pour préconiser l'une plutôt que l'autre.

Avec la méthode de Barnes, on provoque d'une façon

assurée l'accouchement; avec celle de Leroux, la grossesse peut quelquefois continuer son cours. Mais la question d'opportunité ou de non-opportunité de l'accouchement prématuré provoqué est loin d'être résolue, et ce que nous avons dit au sujet de la méthode de Greenhalgh nous laisse à peu près dans l'ignorance à cet égard.

Cependant, il est deux cas où le tampon serait préférable : 1° quand le canal cervical et les deux orifices utérins sont peu perméables, de telle sorte que les sacs de Barnes seraient difficiles à appliquer ; 2° dans les cas exceptionnels où l'hémorrhagie se déclare avant le début du septième mois; il ne s'agit plus ici d'un accouchement mais d'un avortement; on peut espérer avec le tampon que l'écoulement s'arrêtera et que le fœtus arrivera à la viabilité.

Quant au choix du tampon, si on se décide à cette méthode, l'hésitation n'est guère permise ; c'est au tampon de Leroux, appliqué avec les mesures antiseptiques, qu'il faut donner la préférence.

Tout n'est pas dit sur le traitement du placenta prævia pendant la grossesse.

Une première hémorrhagie a eu lieu, la grossesse continue son cours; une nouvelle hémorrhagie est imminente. Y a-t-il un traitement préventif à faire, ou quelles précautions prendre pour combattre cet accident qui peut, en quelques instants, compromettre la vie de la femme ?

Le traitement préventif est nul. L'hémorrhagie est inévitable. Ce caractère est si important que les auteurs anglais appellent simplement « hémorrhagie inévitable » la perte de sang causée par le placenta prævia.

Mais s'il est impossible d'empêcher l'écoulement de sang, quelles précautions convient-il de prendre pour empêcher qu'il ne devienne dangereux ? *Il est de toute nécessité qu'auprès de la femme se trouve une personne capable de faire le tamponnement à toute alerte sérieuse.* Telle est l'indication générale ; à chacun à la mettre en pratique différemment, suivant la condition sociale à laquelle appartient la malade.

Mais, dira-t-on, pourquoi, en pareil cas, ne pas employer les injections d'eau chaude ou d'eau froide qui produiraient peut-être une hémostase suffisante en attendant l'arrivée du médecin ? Le moyen serait simple, en effet ; malheureusement son efficacité n'est pas encore assez prouvée pour qu'on puisse y avoir confiance.

B. Pendant le travail.

Si l'hémorrhagie est légère ou nulle, aucun traitement à faire ; il faut se comporter comme dans un accouchement normal, mais en surveillant de près la marche du travail.

Quand l'hémorrhagie devient grave, le traitement à lui opposer varie suivant la période de l'accouchement : dilatation, expulsion, délivrance.

---

a. Période de dilatation.

Suivant le degré de dilatation et la variété d'insertion placentaire, deux cas peuvent se présenter en pratique : tantôt les membranes seront accessibles au doigt explorateur, tantôt au contraire elles ne le seront pas.

1° *Les membranes ne sont pas accessibles.* — Le placenta prævia est central ou partiel (se rapprochant de la variété centrale).

Faut-il appliquer la méthode de Cohen (rupture des membranes après décollement placentaire), dont le résultat est le même que celle que de Puzos, ou celle de Braxton-Hicks (version podalique par manœuvres combinées).

La méthode de Cohen n'a pas encore fait ses preuves suffisamment ; nous la laisserons de côté.

Celle de Braxton-Hicks, présente ici des difficultés d'exécution assez grandes, il faut décoller le placenta parfois sur une grande étendue ou le perforer.

Aussi, dans ces cas de placenta obstruant totalement l'orifice utérin, paraît-il plus simple d'avoir recours soit à la méthode de Barnes (dilatation par sacs violons), soit à la méthode de Leroux (tampon aseptique).

La méthode de Barnes ou celle de Leroux permettent de conduire sans accident la dilatation, jusqu'à ce qu'elle soit suffisante pour l'extraction du fœtus, ou jusqu'à ce qu'elle laisse à découvert une partie des membranes, et on pourra alors suivre la conduite que nous allons maintenant tracer.

2° *Les membranes sont accessibles.* — Le placenta est latéral, marginal ou partiel (se rapprochant de la variété marginale).

Les méthodes de Leroux, Barnes, Puzos (précédée au besoin de celle de Wigand), Braxton-Hicks, sont également et facilement applicables. Quel choix convient-il de faire ?

Supposons successivement une présentation du siège, du sommet, de l'épaule.

Présentation du siège. — La méthode de Braxton-Hicks, ou plutôt dans ce cas le simple abaissement d'un des membres pelviens du fœtus, après rupture des mem-

branes, est certainement l'intervention qui paraît la plus facile.

Il n'y a aucune raison pour ne pas la suivre en pareil cas.

Présentation du sommet. — La méthode de Puzos est celle qui se recommande ici comme la plus commode à employer. On pourra, en effet, rompre les membranes à la condition que la dilatation soit suffisante; si elle ne l'était pas, on appliquerait préalablement un sac violon de Barnes.

Présentation de l'épaule. — Vaut-il mieux, dans ce cas, abaisser le siège ou le sommet? — Vaut-il mieux, en d'autres termes, appliquer la méthode de Braxton-Hicks ou celle de Wigand?

La réponse est difficile, puisque les deux méthodes sont à peu près également bonnes.

Pour le fœtus, meilleure serait la méthode de Wigand; pour la mère, au contraire, celle de Braxton-Hicks.

Si le fœtus était mort, il n'y aurait par conséquent pas à hésiter à employer cette dernière.

Si au contraire le fœtus est vivant : — avec un orifice utérin peu dilaté, la méthode de Braxton-Hicks est supérieure, l'hémostase est plus sûre; — avec un orifice utérin suffisamment ouvert, la méthode de Wigand suivie de celle de Puzos est préférable.

Nous n'avons pas parlé des méthodes de Leroux et de Barnes, pour une seule raison; c'est que, quand les membranes sont accessibles elles nous semblent plus compliquées que celles que nous venons de conseiller. Mais à l'accoucheur qui voudrait les employer, elles donneraient des résultats à peu près équivalents.

b. Période d'expulsion.

Le col est complètement dilaté ou dilatable; l'extraction du fœtus est possible soit à l'aide des mains, soit à l'aide d'un instrument.

Nous supposons l'hémorrhagie continuant, sans quoi on abandonnerait l'accouchement à la nature comme dans les cas normaux.

Le fœtus se présente soit par le siège, soit par l'épaule, soit par le sommet.

Présentation du siège. — Pas d'autre opération à tenter que l'extraction manuelle.

Présentation de l'épaule. — Il faut faire la version podalique par manœuvres internes.

Présentation du sommet. — Vaut-il mieux, en pareil cas, extraire le fœtus par la version ou par le forceps?

Consultons à cet égard les résultats statistiques fournis par ces deux modes d'intervention (*V.* page 136).

Version podalique par manœuvres internes.

Mortalité maternelle.	34 p. 100
— fœtale.	60 p. 100

Forceps.

Mortalité maternelle.	48 p. 100
— fœtale.	57 p. 100

Nous connaissons déjà cette statistique, qui nous a démontré que le forceps épargne surtout la vie fœtale, alors que la version est plus favorable à l'existence de la mère.

Avec un fœtus mort ou compromis, mieux vaudra par conséquent recourir à la version; avec un fœtus vivant,

l'accoucheur pourra hésiter entre le forceps et la version et choisir entre les deux, suivant ses préférences ou les particularités de chaque cas.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il faut avoir recours à l'embryotomie céphalique ou proprement dite.

---

c. Période de délivrance.

La délivrance est souvent pathologique dans les cas de placenta prævia.

La conduite à tenir est la même, que le placenta soit prævia ou non; il n'y a donc pas lieu d'y insister.

Le seul conseil particulier à donner ici est le suivant: s'il y a une hémorrhagie avant la sortie du placenta, même légère, il faut se décider promptement à faire la délivrance artificielle, car la femme a déjà perdu beaucoup de sang; elle est affaiblie et un faible écoulement peut, à cette période, devenir très grave.

La délivrance est terminée. Si l'hémorrhagie continue : traitement classique.

Vu la grande importance de ce traitement, nous allons le résumer ici en quelques lignes :

La moindre hésitation dans un moment aussi grave peut perdre la malade.

Dans les observations de la Maternité, nous trouvons sept cas où pareille hémorrhagie fut rapidement mortelle (obs. 19, 28, 29, 37, 78, 88, 104). Ce n'est donc pas là un danger chimérique.

---

a. *L'hémorrhagie est de moyenne intensité.*

Laissant de côté les hémorrhagies d'origine vaginale, qui sont tout à fait exceptionnelles et toujours de peu

d'importance, et de même celles de la vulve qu'on diagnostiquerait facilement par l'inspection, nous ne parlerons que des pertes de sang provenant *du corps et du col de l'utérus.*

Le remède le plus efficace contre les hémorrhagies provenant du corps de l'utérus (cause habituelle inertie), consiste dans les *injections d'eau chaude.*

Mais ces injections demandent à être bien faites, sans quoi elles échoueront ; de là sans doute le discrédit dans lequel elles sont tombées auprès de quelques médecins.

Les détails de ces injections n'étant donnés, à notre connaissance, dans aucun livre classique français, nous allons y insister d'une façon spéciale.

L'eau chaude, pour bien agir, doit être à la température de 50° centig. Au-dessus elle brûle, au-dessous elle n'a plus de pouvoir hémostatique.

L'eau tiède, en effet (30 à 40°), loin d'arrêter l'écoulement de sang, ne fait que le provoquer.

Il n'y a d'hémostase qu'aux deux extrêmes de la température, eau froide 10° et au-dessous, eau chaude 50°. L'eau chaude vaut mieux que l'eau froide, parce que son action est plus énergique et parce qu'on peut toujours se la procurer, alors qu'il n'est pas toujours possible d'abaisser suffisamment le degré de l'eau froide.

On prendra donc de l'eau à 50° ou même un peu au-dessus, car elle se refroidira dans les différentes manipulations qu'on lui fera subir, et de plus de l'eau antiseptique (solution de sublimé à 1/2000e environ).

Pour apprécier la température, un thermomètre est inutile, la main suffit. Il faut du liquide dans lequel la main puisse séjourner sans douleur, mais dont une légère élévation de température occasionnerait une sensation de brûlure. Avec un peu d'habitude on arrive à re-

connaître très exactement le degré thermométrique de l'eau.

Pour faire l'injection, on se sert d'un appareil soit en verre, soit mieux en zinc, car le verre casse souvent avec l'eau chaude. La figure ci-jointe dispense de toute description :

Au réservoir s'adapte un tube en caoutchouc se terminant à une canule en verre.

Avant de faire pénétrer la canule dans les organes génitaux, il faut avoir soin d'amorcer l'appareil pour éviter le transport de l'air.

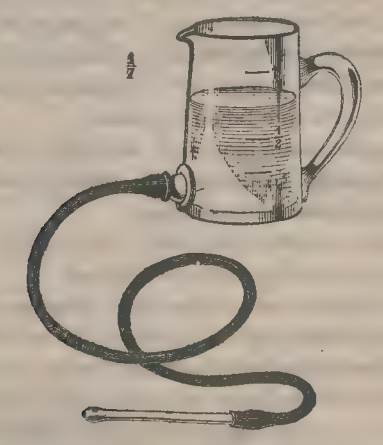


Fig. 13. — Injecteur vaginal et utérin.

On introduit l'extrémité de la canule jusqu'au niveau de l'*orifice interne* de l'utérus; cet orifice est béant dans les cas d'inertie et n'oppose aucun obstacle sérieux.

On laisse alors le liquide s'écouler dans l'intérieur de la cavité utérine, en ayant soin de pincer entre deux doigts le tube en caoutchouc, de manière à pouvoir modérer ou arrêter l'arrivée de l'eau.

Par cette compression on règle à volonté l'écoulement

et on évite les sensations pénibles que pourrait éprouver la femme par suite du contact d'un liquide trop chaud.

On injecte ainsi un litre et demi à deux litres, et au besoin davantage, jusqu'à ce que la main qui est sur la paroi abdominale se soit assurée de l'état de rétraction complète de l'utérus.

L'eau chaude combat toujours victorieusement l'inertie utérine; depuis trois ans qu'elle est employée exclusivement à la Maternité, dans le service du professeur Tarnier, elle n'a jamais failli à sa tâche.

Par excès de prudence, on peut avoir sous la main de quoi faire une injection hypodermique d'ergotine Yvon ou d'ergotinine Tanret; mais cette précaution devient presque inutile.

Quand l'hémorrhagie continue, malgré l'emploi de l'eau chaude, c'est que, en général, sa source n'est pas au corps de l'utérus, mais bien au col ou en un autre point des organes génitaux.

Voyons le traitement à suivre dans les hémorrhagies du col.

Nous disons à dessein du col, car la solution de continuité peut porter, soit sur l'orifice interne, soit sur l'orifice externe, soit sur le canal cervical.

On a conseillé, en pareil cas, d'aller s'assurer, avec un spéculum, de la source de l'hémorrhagie. Le conseil est bien plus théorique que pratique. Le spéculum ne donne pas assez libre accès à la vue pour permettre le diagnostic.

Il n'y a, en pareille occurence, que deux moyens réellement efficaces à employer :

1° On saisit le col avec 2 ou 3 pinces hémostatiques et en faisant presser sur le fond de l'utérus on amène les lèvres à la vulve. L'exploration devient alors facile, et une légère compression au point voulu ou l'application

d'une pince hémostatique arrête l'écoulement sanguin ;

2° Ou, moyen plus doux, sans faire de diagnostic précis on porte dans la cavité cervicale quelques fragments d'amadou ou quelques boulettes de charpie trempée dans un liquide antiseptique, pour exercer une compression sur la source supposée de la perte.

On réussira le plus souvent à arrêter l'hémorrhagie par ces moyens.

Mais si, quoi qu'on fasse, l'écoulement persistait, comme cela arriva dans l'observation 28 de la Maternité où, malgré l'emploi de la glace, de seigle ergoté, de tampons imbibés de perchlorure de fer, de la compression de l'aorte, la femme continua à perdre et ne tarda pas à succomber.

Dans ces cas, l'accoucheur nous paraît complètement désarmé; le perchlorure de fer, la glace sont inférieurs à l'eau chaude et à l'ergot de seigle; nous ne trouvons dans les auteurs l'indication d'aucun procédé sûr d'hémostase. La compression de l'aorte, vivement préconisée par la plupart, à côté et au-dessus de tous les autres moyens, paraît également insuffisante, car malgré elle le sang continue à couler quel que soit le traitement, la mort arrive lentement et fatalement.

En face d'un cas pareil et les sept faits de la Maternité mentionnés plus haut qui sont à peu près du même genre, l'idéal du traitement serait de pouvoir comprimer toute la surface interne des organes génitaux, depuis le fond de l'utérus jusqu'à la vulve, avec un sac de caoutchouc qui, en se gonflant, s'adapterait exactement à ces parties. En l'absence d'un tel appareil, comme c'est vraisemblablement du col que vient surtout l'hémorrhagie, nous placerions volontiers à son niveau un sac violon de Barnes à l'aide duquel nous exercerions cir-

culairement une compression uniforme. Nous aurions ainsi un tampon cervical, et tant que l'utérus resterait bien rétracté, ce dont on peut s'assurer facilement à travers la paroi abdominale, l'hémorrhagie interne ne serait pas à redouter. Peut-être pourrait-on de la sorte agir plus efficacement contre ce terrible accident.

---

b. *L'hémorrhagie est très abondante.*

Si de suite après la délivrance l'hémorrhagie est très abondante, parfois même foudroyante, il faut de suite introduire la main dans la cavité utérine pour la vider des caillots qu'elle contient, et à partir de ce moment se comporter comme nous l'avons dit dans l'hémorrhagie de moyenne intensité.

C. Pendant les suites de couches.

L'hémorrhagie secondaire, qui peut survenir pendant les suites de couches à la suite de l'insertion vicieuse du placenta, sera combattue par les moyens ordinaires. Il n'y a ici aucune recommandation spéciale à faire.

Traitement excitant et réparateur.

Nous ne voulons parler ici que des *moyens immédiats* à employer pour relever les forces de la malade, alors qu'une perte très abondante a eu lieu. — Nous laisserons de côté tout le traitement ultérieur, purement médical, destiné à lutter contre l'anémie, suite de l'hémorrhagie.

Le sang, par le fait de l'hémorrhagie, est altéré *en quantité* (celle-ci étant diminuée par la perte) et *en qualité* (après toute hémorrhagie le sérum se reforme facilement mais non les globules sanguins ; il y a, en un mot, hydrémie pendant un temps variable).

Au défaut de quantité, on a essayé de remédier par la *transfusion ;* au défaut de qualité, par l'introduction dans l'économie de divers *excitants.*

1° *Transfusion.*

Le mot de transfusion, au sens litéral, signifie transport de sang d'un être à un autre être.

On a transfusé tantôt du sang d'animal, tantôt du sang humain, et on s'est servi soit de sang intact, soit de sang défibriné.

Certains auteurs, au lieu de sang, ont injecté dans les veines des malades divers liquides.

En 1880, Kronecker et Sander ont préconisé la solution suivante :

Sel de cuisine.	6 gr.
Hydrate de sodium.	0 gr. 05
Eau distillée.	1.000 gr.

à la température de 38 à 40°, et à la dose de 500 à 2.000 gr.

Au dernier congrès des chirurgiens allemands, Landerer a conseillé d'ajouter à la solution précédente 3 p. 100 de sucre, prétendant, d'après des expériences de Ludwig, que cette solution sucrée donnait de meilleurs résultats.

Gaillard Thomas a employé le lait pur.

On a injecté le liquide tantôt directement dans les veines (c'est la voie d'introduction choisie dans la trans-

fusion classique) ; tantôt dans une grande séreuse (péritoine ou plèvre) ; tantôt simplement dans le tissu cellulaire sous-cutané, par la méthode des injections hypodermiques

Divers instruments ont été et sont employés pour l'opération : le transfuseur de Collin, celui de Roussel, ou bien un simple appareil rappelant celui que nous avons décrit pour les injections génitales, mais où la canule vaginale est remplacée par un trocart destiné à pénétrer soit dans la veine, soit dans la séreuse, soit dans le tissu cellulaire de l'opérée.

Ces différentes variétés de transfusion n'ont pas encore suffisamment fait leurs preuves; aucune statistique sérieuse ne peut permettre de juger de leur valeur.

La plus efficace paraît la transfusion veineuse sanguine, la première employée ; mais c'est une opération dangereuse, difficile à faire, demandant un appareil spécial qu'on aura rarement sous la main au moment nécessaire.

Inutile d'insister davantage sur la transfusion, car à côté d'elle se trouve une autre méthode bien plus simple, toujours et facilement applicable, et qui, au point de vue pratique, lui paraît supérieure.

Cette méthode a été désignée par quelques auteurs sous le nom d'*auto-transfusion*, ou encore de *transfusion autochtone*.

C'est au Dr Prouff (de Plouescat, Finistère) qu'on doit la connaissance de ce procédé. M. Gueniot[1] a fait sur

1. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1879, p. 300.

le mémoire de l'auteur un très intéressant compte rendu à la Société de Chirurgie.

Le moyen est peu compliqué : il consiste à entourer les membres inférieurs, et au besoin les membres supérieurs, avec une bande en caoutchouc ou toile ordinaire, en ayant soin de rouler cette bande de l'extrémité du membre vers la racine.

D'après les calculs de l'auteur, chaque membre inférieur comprimé fait refluer dans l'économie de 120 à 150 grammes de sang, ce qui équivaut à une transfusion de 240 à 300 grammes de sang et même davantage ; car dans la transfusion, le sang qu'on injecte se répand dans toute l'économie, tandis qu'ici la circulation des membres inférieurs est arrêtée ou considérablement ralentie.

On voit que la quantité de sang dont on fait bénéficier la malade est bien plus considérable que dans la transfusion, où on injecte rarement et sans danger plus de 100 à 120 grammes de sang.

Le procédé du Dr Prouff présente une certaine analogie avec la pratique classique de l'élévation des membres avec l'abaissement de la tête ; dans l'un et l'autre cas, on cherche à faire refluer le sang des extrémités vers les organes centraux.

L'auto-transfusion est-elle ici préférable à la transfusion véritable ? Nous n'avons à cet égard aucune donnée certaine, mais comme elle est d'application facile on ne saurait trop la conseiller.

Résumant la conduite à tenir sur ce point nous dirons : après une hémorrhagie grave, l'hémostase génitale étant faite, si l'état général de la femme est alarmant, enlevez les oreillers pour abaisser la tête, et tout en exerçant une compression douce sur l'abdomen et aussi sur l'utérus, soit par l'intermédiaire de la main d'un aide ou d'un bandage, entourez les membres inférieurs de

bandes en toile ou en caoutchouc; faites de même pour les membres supérieurs, si cela ne suffit pas. N'ayez recours à la transfusion que si le moyen précédent échouait; mais il est bien probable alors que cette opération elle-même ne pourra sauver la femme.

2° *Excitants.* Il est trois excitants qu'il est important d'employer simultanément :

L'alcool donné par la bouche, pur, sous forme de grog ou de potion.

Les injections sous-cutanées d'éther administrées avec la seringue de Pravaz. C'est là un excellent et puissant moyen d'excitation. On peut sans inconvénient faire pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'intervalle d'une heure, le contenu de 5, 10 et même 15 seringues de Pravaz;

Il est enfin une troisième et importante précaution à prendre : c'est d'entourer la malade d'une chaleur suffisante. A la suite des grandes hémorrhagies, les sources de calorification sont diminuées, la tendance au refroidissement est très marquée. On luttera par des linges chauds, de boules d'eau chaude, en faisant élever la température de la pièce.

Les boissons devront aussi être données chaudes. Citons, à cet égard, une intéressante observation de Farghar[1] :

Une accouchée avait une hémorrhagie grave de suite après la délivrance On tenta vainement, pour l'arrêter, la compression utérine et l'application du froid sur l'abdomen. L'écoulement continuait, l'état devenait de plus

1. British medical Journal, 22 déc. 1883, p. 1236.

en plus alarmant ; la femme était presque en état de syncope. Farghar fit alors chauffer un mélange d'eau de lait et de farine d'avoine, et força la malade à avaler ce mélange porté à une température telle qu'il pouvait brûler légèrement la bouche. A peine le liquide était-il parvenu dans l'estomac que l'utérus devenait rigide et les contractions cardiaques en même temps énergiques. La malade guérit sans accidents.

Cette observation semble prouver que l'eau chaude peut, même à distance, agir sur la contraction utérine et aussi sur celle du muscle cardiaque.

On voit tous les bienfaits que la chaleur peut rendre en obstétrique, et contre les hémorrhagies internes et contre l'état syncopal.

En résumé, trois excitants qu'il ne faut jamais négliger : l'alcool à l'intérieur, l'éther en injections sous-cutanées, la chaleur à la périphérie et au besoin à l'intérieur.

Résumé de la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia.

A. Hémorrhagie légère ou nulle

Expectation. — Repos. — Il faut que la malade ait près d'elle une personne capable de faire le tamponnement en cas d'hémorrhagie grave.

B. Hémorrhagie grave

I. Pendant la grossesse.
a. Soit la méthode de Leroux : tamponnement;
b. Soit la méthode de Barnes : dilatation par sacs en caoutchouc, avec ou sans décollement préalable du placenta.

II. Pendant l'accouchement.
a. Période de dilatation.
1° Membranes non accessibles :
a. Soit la méthode de Leroux ;
b. Soit la méthode de Barnes.
2° Membranes accessibles ;
Prés. siège. Méthode de Braxton-Hicks.
Prés. sommet. Méthode de Puzos (précédée au besoin de l'application d'un sac de Barnes).
Prés. épaule : a. Orifice peu dilaté. Méthode de Braxton-Hicks ;
b. Orifice large. Méthode de Wigand suivie de celle de Puzos.
b. Période d'expulsion.
Prés. siège. Extraction.
Prés. épaule. Version podalique.
Prés. sommet. Forceps ou version au choix.
c. Période de délivrance.
Même conduite qu'en dehors du placenta prævia.

III. Pendant les suites de couches.
Même conduite qu'en dehors du placenta prævia.

IV. Traitement excitant et réparateur.
1° Auto-transfusion. Transfusion.
2° Alcool. Injections d'éther. Chaleur.

Voici les préceptes généraux qui doivent guider le médecin dans le traitement du placenta prævia. Quelques conseils spéciaux ne sont pas inutiles en terminant.

Une méthode est certainement bonne par elle-même, mais elle le devient surtout par la manière dont elle est appliquée.

Mieux vaudrait pour une femme atteinte de placenta prævia être traitée avec une méthode médiocre par un accoucheur distingué et soigneux, qu'avec une excellente méthode par un mauvais médecin.

Une bonne méthode ne reste bonne qu'autant qu'elle est bien appliquée.

Si le tampon antiseptique a fourni, à la Maternité de Paris, d'aussi brillants résultats, c'est qu'il y est fait par des mains expertes, et parce que les femmes y sont soignées avec une grande sollicitude.

Si la méthode de Braxton-Hicks a été aussi heureuse à Berlin, c'est grâce à l'habileté opératoire de cette école obstétricale.

Si Murphy n'a pas perdu une femme en employant la méthode de Barnes, tout l'honneur n'en revient certainement pas aux sacs violons.

Il ne suffit donc pas de connaître et d'interpréter les résultats consignés dans ce travail; il faut apprendre, dans la pratique, à bien appliquer les procédés déclarés bons par l'expérience.

A un médecin qui ne serait familiarisé qu'avec une bonne méthode, nous dirions volontiers: « Restez-en là, et ne vous hasardez pas dans l'inconnu. »

A celui seulement qui a fait des études spéciales suffisantes, et qui, théoriquement et pratiquement, possède bien les différentes méthodes de traitement, il est permis d'être électique.

DEUXIÈME PARTIE

PLACENTA PRÆVIA COMPLIQUÉ

DEUXIÈME PARTIE

PLACENTA PRÆVIA COMPLIQUE

Théoriquement, on peut se figurer toutes les différentes causes de dystocie coïncidant avec l'insertion vicieuse du placenta ; mais nous n'étendrons pas aussi loin les limites de ce chapitre et ne parlerons que des principales complications, celles sur lesquelles nous avons pu trouver des faits.

La complication peut provenir de deux sources : de l'œuf ou de la mère. Voici l'ordre que nous suivrons dans notre description :

1° *Complications provenant de l'œuf.*

I. Grossesse gémellaire.

II. Hydrocéphalie.

III. Procidence du cordon.

IV. Momification du placenta et du fœtus.

V. Cotylédon placentaire isolé prævia.

2° *Complications provenant de la mère.*
VI. Rétrécissements du bassin.
VII. Fibromes utérins.
VIII. Cancer utérin.
IX. Ruptures utérines.
X. Eclampsie.

I

Grossesse gémellaire.

Dans une statistique établie par Sickel [1] et portant sur 17.730.674 accouchements (Prusse et électorat de Hesse), l'auteur arrive à cette conclusion que sur 213.330 accouchements gémellaires il y a eu 163 placentas prævia, ce qui fait un placenta prævia sur 1.922 grossesses gémellaires.

On voit donc la grande rareté de cette complication, 1/2000 environ.

En cherchant, non pour faire une statistique, mais pour établir la conduite spéciale à ces cas, les différentes observations de grossesse gémellaire coïncidant avec l'insertion vicieuse du placenta, nous avons pu réunir les faits suivants que nous publions très abrégés :

1° *Placenta prævia et grossesse gémellaire, par Schuchardt* [2]

Grossesse de 28 semaines; — premier enfant extrait par la version; — le second se présentant par le siège est amené par l'extraction manuelle; — les deux enfants moururent peu après la naissance ; — la mère guérit.

A propos de ce cas, l'auteur en rapporte quatre autres semblables publiés par Niemeyer, Ricker, Trefurt, Spondli.

---

1. Schmidt's Jahrbücher, 1859.
2. Monatschrift f. Geburtsk., oct. 1861, p. 258.

2° *Placenta prævia et grossesse gémellaire. Clinique d'accouchements de Paris*, 1862 (*Extraits des registres de la Clinique*).

C.; 4pare; — 27 ans ; — enceinte dé 8 mois et demi ; — placenta prævia partiel ; — accouchement spontané de deux enfants morts, dont l'un se présentait par le sommet et l'autre par le siège ; — mère guérie ; — on ne fit pour l'accouchement d'autre intervention que la rupture artificielle des membranes.

3° *Grossesse gémellaire et placenta prævia. Maternité de Paris*, 1867 (*V.* obs. 53 de la Maternité).

4° *Grossesse gémellaire et placenta prævia, par John Brunton*[1].

1er cas. — Mme H.; 28 ans : premier accouchement spontané par le sommet; — second fœtus extrait par la version ; — délivrance normale; le premier fœtus était mort, le second vivant ; la mère guérit ; — il y avait deux placentas, l'un était prævia ; — l'hémorrhagie eut lieu entre la naissance des deux enfants.

2me cas. — Mme F.; 29 ans; — hémorrhagie du travail; — rupture artificielle des membranes; — accouchement d'un premier enfant mort ; — en pratiquant à ce moment l'examen, on trouve un placenta qui obstrue complètement l'orifice ; on l'enlève d'après la méthode de Simpson ; — l'hémorrhagie cesse ; — le second enfant naît spontanément ; — second enfant vivant ; — mère guérit.

5° *Placenta prævia et grossesse gémellaire, par A. Mac Donald*[2].

Femme de 31 ans, enceinte de sept mois environ ; — hémorrhagie abondante suivie d'accouchement prématuré ; —

1. Trans. London obst. Transactions, vol. XII, 1871 (*Résumé*).
2. Edinburgh medical Journal, mai 1874, p. 990 (*Résumé*).

placenta prævia partiel; — le premier fœtus se présentait par l'épaule, un pied était procident; il suffit de le saisir pour amener l'enfant au dehors; — le premier placenta sortit assez rapidement; — mais comme l'hémorrhagie continuait dans des proportions inquiétantes, on rompit la seconde poche des eaux et le second fœtus se présenta également par l'épaule; — on put l'extraire facilement par la version; — la femme guérit.

6° *Müller* [1], *dans sa monographie sur le placenta prævia, a pu réunir treize cas de grossesse gémellaire coïncidant avec une insertion vicieuse du placenta.* Malheureusement il ne donne pas les détails ni la provenance de ses observations, de sorte qu'il est possible qu'il y fasse rentrer plusieurs des faits que nous venons de mentionner antérieurement à 1877, date de la publication de son ouvrage.

7° *Grossesse gémellaire. — Placenta prævia. — Un seul œuf. — Deux placentas, par le Dr Bourienne* [2]. *(Résumé.)*

Mme X., multipare, arrivée au 7e mois et demi d'une seconde grossesse, est atteinte d'une hémorrhagie abondante. Les hémorrhagies se répètent à intervalles très rapprochés; une d'elles ayant été très abondante, on fait le tamponnement avec le pessaire Gariel; — le travail se déclare; — avant que la dilatation ne soit tout à fait complète, le Dr Bourienne perfore les membranes, introduit la main dans l'utérus, extrait un fœtus vivant par la version; — un placenta le suit, mais ce placenta appartient à un second fœtus non diagnostiqué qui se trouvait dans l'utérus; — quant au placenta du premier enfant, il était encore dans la cavité de la matrice; — immédiatement, l'auteur fait l'extraction du deuxième enfant par la version; il l'amène en état de mort apparente,

1. Placenta prævia, Stuttgart, 1877, p. 255.
2. Année médicale de Caen, in Archives de Tocologie, 1878, p. 365.

mais peut le ranimer; — le placenta du premier enfant sortit peu après; — la mère et les deux enfants furent sauvés.

8° *Grossesse gémellaire et placenta prævia, par Müller* [1].

G., 29 ans; — 3pare; — placenta prævia; — extraction d'un premier enfant avec le forceps; — accouchement spontané du second enfant par le sommet; — délivrance artificielle pour le deuxième placenta qui était inséré au fond de l'utérus; le premier placenta appartenant à l'enfant était le prævia, et avait été enlevé avant d'aller à la recherche du second.

9° *Grossesse gémellaire et double placenta prævia, par le Dr Ortigosa* [2]. (*Résumé.*)

Femme de 34 ans; — 8pare; — arrivée au terme de la grossesse; — hémorrhagie grave; — tentative infructueuse de tamponnement (?); — l'orifice utérin permettant l'introduction du doigt, le Dr Ortigosa voyant la femme en très grave situation, tente l'accouchement forcé et extrait un enfant mort bientôt suivi du placenta, lequel recouvrait en partie l'orifice de l'utérus. Après l'expulsion complète de cet œuf, l'auteur constate un second placenta prævia appartenant à un deuxième fœtus qu'il trouve encore dans la cavité utérine; extraction par la version d'un enfant mort et délivrance de suite après; — l'hémorrhagie cessa alors et la mère se rétablit.

10° *Grossesse gémellaire. — Placenta prævia. — Observation de M. Budin. — Maternité de la Charité.* — (*Résumé*). — 1886. (Communiquée par M. Budin.)

A.; 20 ans; — primipare; — albuminurie; — grossesse

1. The obstet. Journal of Great Britain and Ireland, sept. 1878, p. 363.

2. Arch. de Ginecologia, 1884, p. 122.

de 7 mois; — hémorrhagie abondante à l'arrivée à l'hôpital. — accouch. spontané; — la malade est laissée dans le repos absolu; — aucune intervention; — accouchement spontané le lendemain; 1er enfant, 1.210 gr., mort deux heures après la naissance; 2e enfant, mort-né de 500 gr.; placenta présentant une masse unique, les membranes sont rompues à son bord.

En admettant que les faits de Müller soient autres que ceux que nous avons publiés avant 1877, nous aurions un total de vingt-trois faits.

Ce nombre ne nous intéresse ici que faiblement. Ce que nous voulons apprendre de ces cas, ce n'est pas l'histoire du placenta prævia dans la grossesse gémellaire, mais la conduite qu'il convient de tenir en présence de pareille complication.

La thérapeutique suivie dans ces différentes observations a été des plus variables, ici la méthode de Puzos, là le tamponnement, dans un cas l'accouchement forcé.

Il est impossible, avec d'aussi faibles documents, de tracer une conduite générale, d'autant plus que les variétés offertes par la clinique sont bien plus grandes que dans la grossesse simple.

Des différentes méthodes auxquelles nous avons donné la préférence, celle de Braxton-Hicks ne sera applicable que quand le premier fœtus se présentera par le siège; celle de Puzos pourra être bonne quand il y aura un sommet engagé.

Mais les deux méthodes, qui, pendant le travail aussi bien que la grossesse, semblent devoir être les meilleures sont celles de Barnes ou de Leroux. Aussitôt qu'avec l'une ou l'autre on aura obtenu la dilatation complète, on fera l'extraction successive des deux fœtus, soit par le forceps soit par la version.

Si dans les cas d'accouchement gémellaire normal, il y a peu d'inconvénients à ce que la naissance du second enfant se fasse attendre un certain temps, ici au contraire il est bon de terminer au plus vite, pour éviter à la femme toute perte de sang.

II

Hydrocéphalie.

Nous trouvons deux cas dans lesquels l'hydrocéphalie a coïncidé avec l'insertion vicieuse du placenta.

Les voici résumés :

1° *Placenta prævia et hydrocéphalie* [1] *par E. Golay.*

Femme de 34 ans, 3pare; le 22 février 1876, quelques jours avant le terme normal de la grossesse, légère hémorrhagie; — le 23, à deux heures du matin, elle entre à l'hôpital Beaujon; — à quatre heures trente, rupture spontanée de la poche des eaux. *Peu après la rupture du sac amniotique, l'hémorrhagie devient très abondante et s'accompagne de l'expulsion de gros caillots.* — Le placenta inséré partiellement sur l'orifice utérin fait procidence de 4 à 5 centimètres dans le vagin; — la dilatation est complète; — l'hémorrhagie continuant, M. Golay fait la version par manœuvres internes; — grande difficulté pour extraire la tête, sur laquelle on essaye vainement une application du forceps, qu'on finit enfin par amener avec de fortes tractions en exécutant la manœuvre de Mauriceau; — ces difficultés furent expliquées par l'hydrocéphalie qu'on constata sur le cadavre de l'enfant né en état de mort réelle; la mère se rétablit.

---

1. Annales de Gynécologie, 1876, t. V, p. 253.

2° *Placenta prævia et hydrocéphalie, par Arthur V. Macan* [1].

Femme ayant eu une perte considérable pendant son accouchement. Le Dr Macan appelé trouve à travers un orifice à peu près complètement dilaté un placenta prævia central; — pas de présentation nette; — il décolle le placenta, rompt les membranes et fait la version; — l'extraction marche normalement jusqu'au moment de l'engagement de la tête; — le fœtus est alors arrêté; — impossibilité d'extraire cette tête, on la perfore, il s'échappe une grande quantité de liquide et le diagnostic d'hydrocéphalie est alors posé; — la tête perforée vient sans difficulté; la femme, qui avait perdu énormément de sang, ne tarda pas à succomber.

Dans les cas d'hydrocéphalie, les deux méthodes de Leroux et Barnes seraient également bien applicables.

Mais il faudrait se garder d'employer celle de Puzos, car la tête ne pouvant s'engager, vu son volume, l'hémorrhagie continuerait. La méthode de Braxton-Hicks serait susceptible au contraire de donner de bons résultats.

Si toutefois on pratiquait la perforation de la tête fœtale de manière à réduire son volume, la méthode de Puzos deviendrait bonne, vu la possibilité de l'engagement, et amènerait vraisemblablement une action hémostatique suffisante.

III

Procidence du cordon.

D'après la plupart des auteurs, l'insertion vicieuse du placenta prédispose à la procidence du cordon. Nous la

1. The Dublin Journal of medical science, 1881, t. CIX, p. 72.

trouvons notée dans quelques observations, mais d'une façon accidentelle et sans qu'on insiste sur cet accident.

Nous n'avons donc ici rien de spécial à dire sur le traitement de cette complication. Il faudrait avoir recours à la thérapeutique ordinaire.

IV

Momification du placenta et du fœtus.

Nous donnons la traduction littérale de l'intéressante observation d'Harold Thompson quoiqu'elle ne conduise à aucune déduction thérapeutique importante :

Placenta prævia. — Fœtus et placenta momifiés, par Harold Thompson [1].

Mme C., âgée de 43 ans, mère de huit enfants vivants (la première grossesse avait été gémellaire); il y avait eu aussi une fausse couche de quatre mois, — vint me consulter pour une hémorrhagie génitale, que j'attribuai à une insertion vicieuse du placenta. Elle était enceinte de six mois, la grossesse avait été normale jusque-là. L'hémorrhagie avait cessé quand je la vis et n'avait pas été excessive. J'ordonnai le repos complet et une « *gallic acid mixture* ». On devait m'envoyer chercher si une nouvelle hémorrhagie survenait. Mais je n'entendis plus parler de mon cas jusqu'à l'expiration des neuf mois; — on me pria alors de venir, car l'accouchement ne se faisait pas et l'abdomen avait diminué de volume, d'une façon très marquée, la malade était très inquiète sur son état. J'appris alors que depuis ma dernière visite cette femme avait eu un léger écoulement sanguin, surtout pendant le 7e et le 8e mois, et qu'à cette dernière période elle avait perdu beaucoup d'eau ; elle avait alors pensé que

1. British medical Journal, 1882, déc., p. 1296.

l'accouchement commençait, mais aucune douleur n'était survenue. Depuis cette époque, elle diminua beaucoup de volume; les seins devinrent plus petits. Toutes les semaines l'hémorrhagie s'était reproduite, et à deux autres reprises il se fit un écoulement aqueux.

A l'examen, je trouvai l'abdomen et les seins flasques; l'utérus était volumineux comme dans une grossesse de quatre mois; au toucher vaginal. qui causa un léger écoulement sanguin, je trouvai l'orifice utérin perméable au doigt et arrivai sur une masse pâteuse qui ressemblait beaucoup à une tumeur graisseuse. En conséquence, je me déterminai à dilater largement l'orifice, le jour suivant, et à pratiquer l'examen de la cavité utérine Mais le lendemain, on m'envoya chercher de bonne heure; à mon arrivée, je trouvai le placenta, les membranes, le fœtus (du sexe masculin) expulsés *en masse*, la momification était complète. En ouvrant l'œuf qui contenait très peu de liquide amniotique, je trouvai la tête du fœtus aplatie.

L'accouchement était dû, sans aucun doute, à mon examen de la veille; il fut des plus faciles, accompagné d'hémorrhagie et de douleurs très faibles. Cette femme se rétablit parfaitement. Elle attribuait la mort de son enfant à une frayeur qu'elle avait eue au début de sa grossesse.

V

Cotylédon placentaire isolé prævia.

Les cas de placentas succenturiés, c'est-à-dire de placentas à côté desquels se trouve, séparé par un pont membraneux, un cotylédon isolé, sont relativement fréquents; mais rare est la complication dans laquelle le cotylédon vient s'insérer sur l'orifice interne de l'utérus.

Voici les seuls cas que nous avons pu réunir; ils sont au nombre de quatre.

1° Cas de placenta prævia succenturié, par Küneke.

Ce cas est mentionné par Mundé[1]; malheureusement l'indication n'en est pas donnée et nous n'avons pas pu la trouver.

2° Cas de placenta prævia avec double placenta, par P.-F. Mundé [2] (Résumé).

Présentation de sommet O. I. G. A.; — hémorrhagie abondante; — tamponnement; — l'insertion placentaire semblait centrale; — fœtus mort; — orifice suffisamment dilaté pour permettre le passage de la main; — dans le but d'opérer la version on commence par décoller le placenta sur un de ses côtés afin de pénétrer dans la cavité ovulaire; — l'enfant fut extrait sans difficulté; la masse placentaire sortit peu après; mais, au grand étonnement de l'auteur, elle n'était pas accompagnée du cordon, et en introduisant la main dans l'utérus on trouva le véritable placenta, sur le milieu duquel était insérée la tige funiculaire; — la première masse placentaire était constituée par un cotylédon accessoire, succenturié, et était en partie insérée sur l'orifice; l'auteur donne une figure schématique expliquant la disposition du placenta succenturié dans ce cas. Cette figure est à peu près identique à celle du Dr Verrier (page 179), avec cette seule différence que le placenta au lieu d'être inséré à droite, l'est à gauche.

---

1. American Journal of obst., 1882, p. 632.
2. American Journal of obst., 1882, p. 629.

3° *Cas de placenta prævia succenturié, par le Dr Sanger* [1]

Femme de 30 ans; — endométrite; — conception 5 ans après le mariage; — accouchement au commencement du huitième mois; — hémorrhagie; — placenta prævia; — version; — extraction d'un enfant présentant des symptômes d'asphyxie et qui ne tarda pas à succomber.

La délivrance fut naturelle et à l'examen des annexes on put voir qu'à côté du placenta véritable se trouvait un placenta accessoire séparé par un espace membraneux richement vascularisé; — d'après le siège de la rupture des membranes, on pouvait s'assurer que l'orifice était occupé non par le placenta principal mais par l'accessoire; — la femme guérit.

L'auteur considère l'endométrite comme la cause de l'anomalie placentaire et croit que la faible abondance de l'hémorrhagie pourrait être un élément de diagnostic dans des cas analogues.

4° *Sur un cas particulier de placenta prævia ou hémorrhagie par insertion vicieuse d'un cotylédon supplémentaire (placenta succenturiata)* [2]; *par le Dr Verrier (Résumé)*.

Le 31 octobre 1883, à 10 heures du soir, le Dr Verrier est appelé auprès d'une patiente de 18 ans, primipare, arrivée au huitième mois et demi de sa grossesse, qui depuis 6 heures avait un écoulement sanguin assez grave; — pas d'autre hémorrhagie dans le cours de la grossesse.

Il y avait un début de travail; — le sommet était dans le segment inférieur de l'utérus, mais non accommodé au détroit supérieur. Il était incliné vers la fosse iliaque gauche; — le dos était à gauche; — l'enfant était vivant; — au toucher, on trouvait le col effacé dilaté de 2 cent. 1/2; — en aucun point on ne sentait de membranes, mais partout du tissu placentaire.

1. Centralb. f. Gynæk., 1855, p. 486 (*Résumé*)
2. Verrier. Revue obstétricale et gynécologique, 1886, p. 145.

L'auteur diagnostiqua un placenta prævia central et pratiqua le tamponnement classique à 11 h. 1/2 du soir.

A 2 h. 1/2 du matin, douleurs expulsives ; — le tampon était chassé par la partie fœtale qui descendait ; — le liquide amniotique s'était écoulé, et en pratiquant le toucher on arrivait directement sur la partie fœtale sans sentir le placenta ; — le diagnostic d'insertion centrale était donc inexact ; on eut plus tard l'explication de cette surprise.

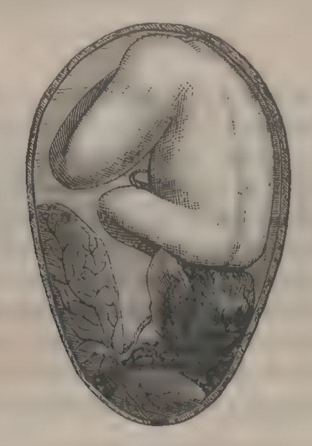


Fig. 14. — Cotylédon placentaire isolé prævia.

Cette expulsion fut suivie par celle d'une masse volumineuse de caillots noirs et d'un peu de sang rouge.

A 4 heures, accouchement spontané d'un enfant vivant.

En examinant ces caillots, avant d'avoir fait la délivrance, on trouva *un cotylédon placentaire exsangue entouré de débris membraneux sur lesquels on apercevait des vaisseaux vides de sang*.

Délivrance par expression sans accidents.

Le gâteau placentaire était intact ; le cotylédon détaché ne provenait donc pas de cette masse principale ; — le cordon était inséré à peu de distance de l'un des bords du placenta, les membranes étaient déchirées au niveau du bord placentaire qui correspondait à l'insertion du cordon.

La mère eut une légère hémorrhagie quelque temps après la délivrance ; — elle se rétablit parfaitement.

L'œuf était probablement disposé dans l'intérieur de la cavité utérine comme l'indique la figure ci-jointe, que nous empruntons à M. Verrier.

Le placenta était inséré latéralement dans le segment inférieur de l'utérus, et le cotylédon placentaire, absolument distinct et autonome, avait pris attache sur le pourtour de l'orifice interne.

Au début de la dilatation, le diagnostic nous semble tout à fait impossible, et la conduite à tenir la même que dans les cas de placenta prævia ordinaire.

Si avec un degré de dilatation suffisant on arrivait à limiter circulairement avec le doigt le cotylédon prævia et à le reconnaître par ce mode d'exploration, peut-être pourrait-on le détacher et, par cette manœuvre, ouvrir l'œuf. En cas de doute, il serait plus prudent de rompre simplement les membranes en un point ; par cette rupture, le cotylédon serait rejeté latéralement, et l'accouchement pourrait ainsi se terminer sans accidents.

VI

Rétrécissement du bassin.

Parmi les différentes observations où le rétrécissement du bassin a coïncidé avec le placenta prævia, nous ne rapporterons que les deux suivantes qui présentent seules quelque intérêt au point vue de la conduite à suivre.

1° Placenta prævia. Bassin vicié. Accouchement provoqué par le Prof. Charles[1] *(Résumé).*

Primipare de 34 ans; — grossesse de 8 mois et demi ; — présentation du sommet O. I. D. A.; — bassin vicié par le rachitisme, diamètre promonto-pubien minimum 8 cent. ; on provoque l'accouchement d'après le procédé de Krause, avec une sonde en caoutchouc n° 9 ; elle pénètre très aisément et franchit, sans occasionner de douleur, l'orifice interne ; un peu de sang s'écoule par le canal de la sonde, ce qui s'explique par la rencontre du placenta ; — pendant la nuit, des contractions utérines vives surviennent ; — le lendemain matin, le col est effacé, la dilatation débute ; — on applique le tampon pour arrêter l'hémorrhagie et on le laisse jusqu'au soir à 5 heures ; — dilatation comme 5 francs ; — le placenta prævia est central ; — on hésite entre la version et le décollement du placenta pour frayer passage à la tête ; — on pratique cette dernière manœuvre ; — les battements fœtaux cessent peu après ; — on fait alors l'embryotomie céphalique avec le forceps-scie ; — l'opération est achevée à 6 heures ; — la femme expire à 8 heures.

2° Placenta prævia. Rétrécissement du bassin. Obs. de M. Budin (Résumé)[2].

C., 24 ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 3 juin 1880 ; — 3pare ; — premier accouchement avant terme ; — deuxième accouchement embryotomie ; — à l'entrée, fœtus mobile, non accommodé ; — bassin rétréci ; diamètre promonto-sous-pubien 8 centimètres.

Le 29 juin, accouchement provoqué avec un cône d'éponge préparé ; version céphalique par manœuvres externes ; — bandage de corps.

1. Archives de Tocologie, 1880, p. 242.

2. Cette observation a déjà été mentionnée à propos de la méthode de Wigand. Nous la reproduirons ici un peu plus détaillée.

3. Th. Bitot. Paris, 1880, p. 100.

Le lendemain, l'orifice utérin mesure un diamètre de 6 cent. environ. On fait la rupture artificielle des membranes ; — procidence du cordon ; — réduction à l'aide de l'instrument de Schœller ; — bientôt application de forceps ; — insuccès des tractions ; — perforation du crâne dans les cuillers du forceps ; — nouvelles tractions infructueuses ; — application du céphalotribe ; — délivrance naturelle un quart d'heure après ; — les membranes étaient rompues juste au niveau du bord du placenta ; — guérison de la mère.

Il importe, quand le bassin est rétréci, de distinguer deux cas :

1° L'accouchement se fait spontanément ;

2° On est obligé de le provoquer à cause du rétrécissement.

1° *L'accouchement se fait spontanément.* Aucune contreindication dans l'emploi des méthodes de Leroux ou de Barnes.

Peut-on également employer celles de Puzos et de Braxton-Hicks ?

Un rétrécissement, suffisant pour empêcher l'engagement de la tête, est une contre-indication à l'application de la méthode de Puzos, car la partie fœtale ne pouvant descendre, l'hémostase ne serait en aucune façon obtenue par la rupture des membranes (*V.* à cet égard obs. 142 de la Maternité). — Ou si on veut appliquer la méthode de Puzos, il faudrait préalablement perforer le crâne de l'enfant pour permettre l'engagement. — Mais pareille opération ne serait admissible que si l'enfant était mort, ou si le rétrécissement du bassin était tel que tout espoir de l'extraire vivant ne pouvait exister.

La méthode de Braxton-Hicks donnerait au contraire

de bons résultats, car la sténose pelvienne ne mettrait pas obstacle à l'engagement de la partie fœtale, à moins d'être très considérable. On peut avoir, il est vrai, de grandes difficultés pour l'extraction de la tête dernière ; mais en pareil cas, la mort de l'enfant est fatale et on aurait recours à l'embryotomie.

2° On provoque l'accouchement. — Nous savons comment provoquer l'accouchement alors qu'il existe une hémorrhagie ; le simple tampon suffit la plupart du temps, car le sang s'accumulant derrière lui dans l'utérus joue le rôle de corps étranger et provoque les contractions.

Mais quand il n'y a pas d'hémorrhagie, le tampon est insuffisant. A quel procédé faudra-t-il avoir recours ?

Laissant de côté l'éponge préparée qui, dans l'observation de M. Budin, a été employée par M. Depaul, nous ne parlerons que des deux principaux moyens connus : la sonde de Krause ou le ballon dilatateur de M. Tarnier.

L'un et l'autre sont excellents, et nous n'avons ici à en faire ni la description ni l'éloge. On pourra les employer indifféremment dans le cas actuel.

Toutefois, s'il s'agissait d'un placenta prævia marginal ou légèrement partiel, nous préférerions le ballon de M. Tarnier, parce que, monté sur une tige rigide il peut être dirigé dans le sens voulu, c'est-à-dire dans le sens opposé à celui où se trouve le placenta ; on éviterait ainsi de produire un décollement plus ou moins grave.

Si, au contraire, le placenta était central ou partiel (se rapprochant de la variété centrale), la sonde de Krause serait préférable, car le décollement étant indispensable pour l'introduction de l'instrument, la sonde produirait des désordres moindres que le ballon dilatateur.

Mais, objectera-t-on, quel inconvénienty a-t-il à décol-

ler plus ou moins le placenta, puisque ce décollemen est inévitable ? — Il est inévitable, c'est exact ; mais sa gravité est atténuée quand les contractions utérines sont énergiques; il vaut mieux, par conséquent, laisser les contractions elles-mêmes le produire.

VII

Fibromes utérins.

Dans six observations nous trouvons notée la coïncidence de fibromes utérins avec l'insertion vicieuse du placenta.

1° *Placenta prævia et myomes utérins. Obs. extraite du registre de la Clinique d'accouchements, année* 1862, 21 *janvier.*

B., 6pare. — 31 ans, enceinte de 8 mois 1/2; — fibrome interstitiel de la lèvre postérieure gros environ comme une noix ; — placenta prævia central ; — présentation du sommet; — perforation du placenta ; — extraction d'un enfant mort ; — mère morte.

2° *Placenta prævia et fibrome, par le Dr Habit* (Vienne)[1]. *Cas de placenta prævia avec existence d'un fibroïde ayant les dimensions d'une tête d'enfant, dans la partie inférieure de l'utérus.*

---

1. Allg. Wien. Mediz. Zeitung, 1873, p. 579. (Nous avons trouvé cette indication dans la *Revue des sciences médicales* de Hayem, t. III, p. 826. — Nous n'avons pu nous procurer l'original, la publication allemande manquant à la bibliothèque de l'École de médecine.

3° *Placenta prævia compliqué de fibromes utérins, par C. Lee* [1]

R. W. ; 31 ans; — 4pare; — grossesse de sept mois; — hémorrhagie à plusieurs reprises; — accouchement prématuré; — hémorrhagie très abondante à ce moment; — à l'examen de la malade, on diagnostiqua un fibrome sous-muqueux attaché à la paroi près du corps de l'utérus; — il existait plusieurs autres fibromes (ainsi que l'autopsie le démontra); — l'enfant se présentant par le sommet, dilatation permettant le passage facile de trois doigts; — on introduit la main dans l'utérus, on saisit un pied et on fait la version. — la malade succombe peu après l'accouchement; — le placenta était inséré à la partie antérieure du segment inférieur de l'utérus.

4° *Accouchement compliqué de fibromes et de placenta prœvia, par Chadwick* [2] *(Résumé).*

Primipare de 42 ans; — ménorrhagies depuis plusieurs années; — tumeur abdominale diagnostiquée depuis cinq ans; — depuis cinq mois, augmentation rapide du volume de l'abdomen; — au moment de l'accouchement, hémorrhagie grave; — colpeurynter; — chloroforme; — dilatation manuelle de l'orifice utérin; — placenta prævia; — volumineux fibrome de la paroi antérieure; — version; — extraction d'un enfant vivant; — délivrance artificielle; — déchirure du vagin à son union avec la lèvre postérieure de l'utérus; — mort de la femme au bout de cinq jours.

5° *Placenta prævia et myome utérin, par Hickinbotham* [3].

La patiente était une personne délicate, de petite stature, arrivée au terme de sa grossesse; — un avortement antérieur; — elle était en travail depuis six heures et avait perdu beau-

1 American obstetr., 1875, t. VIII, p. 644 (*Résumé*)

2. Transact. of the Amer. gynec. Society. Boston, 1877, p. 255.

3. American Journal of obstetr., 1881, p. 908 (*Traduction littérale.*)

coup de sang; — l'orifice était dilaté et suffisamment large pour admettre deux doigts; — l'insertion vicieuse était centrale; — on ne pouvait arriver au bord du placenta et derrière lui à son centre, semblant accolée à sa surface interne, on sentait une masse ronde qu'on prit pour la tête fœtale. — L'auteur se décida à passer à travers le centre du placenta dans l'intention de faire la version. Après cette manœuvre, il s'aperçut que cette masse ronde était une volumineuse tumeur sur laquelle le placenta était inséré; — le placenta fut extrait, ce qui diminua considérablement l'hémorrhagie; — la version pratiquée; — la tête dernière perforée; — et l'extraction faite à l'aide d'un crochet. — Septicémie grave pendant le post-partum, et durant quinze jours l'état de la malade resta désespéré. — La tumeur se gangrena et fit hernie à travers l'orifice utérin; — au deuxième jour on en enleva une partie ramollie et fétide et le reste fut touché avec de l'acide phénique pur; — au bout de trois mois, l'utérus redevint mobile, sa cavité avait repris sa longueur normale, mais la menstruation ne se rétablit qu'au bout de onze mois; — si dans ce cas le placenta n'avait pas été prævia, l'auteur aurait préféré l'opération césarienne.

6° *Cas de placenta prævia avec fibrome utérin. Version. Rupture probable de l'utérus, péritonite, mort, par Millard Dunbar. Société obstétricale d'Édimbourg. Séance du 9 juillet* 1884 [1].

Aucune conclusion thérapeutique importante à déduire de ces faits.

Les observations sur lesquelles nous possédons des détails suffisants, nous montrent que, dans ces cas compliqués le fibrome d'une part et le placenta prævia

1. Edinburg medical Journal, oct. 1884, p. 352. L'auteur annonce la publication de l'observation complète dans un numéro ultérieur du journal, mais nous ne l'avons pas trouvée.

d'autre part doivent être traités respectivement comme dans les circonstances où ils existent isolément.

VIII

Cancer utérin.

Nous n'avons rencontré, dans la littérature obstétricale, qu'une seule observation où le placenta prævia ait coïncidé avec le cancer utérin. La voici résumée :

Placenta prævia et carcinome utérin. Observation de Fischl[1].

Femme de 32 ans; — mpare; — en travail depuis deux jours; — abondante hémorrhagie, à la suite de laquelle on n'entend plus les battements du cœur fœtal. — Col inégal, dur, douloureux à la pression : — dilatation comme un thaler; — à gauche, entre la tête et le bord de l'orifice, le doigt atteint un corps spongieux, le bord du placenta. — Le lendemain, la dilatation a progressé; — la lèvre antérieure est épaisse, la postérieure au contraire est mince; — frissons et vomissements; — les douleurs sont faibles et l'hémorrhagie peu abondante; — on applique le tampon; — on donne du seigle ergoté; — la dilatation étant suffisante, on extrait péniblement avec le forceps un enfant putréfié; suites de couches assez bonnes; — la femme succombe, quelques mois après, de son cancer utérin.

Il n'y a aucune conclusion thérapeutique spéciale à déduire de cette observation. Le traitement semble devoir être le même qu'avec un utérus sain.

---

1. Allg. med. Zeitung, IX, D. 1864, et Schmidt's Jahrbücher, vol. CXXII, p. 300.

IX

Rupture utérine.

Dans le cas où le placenta prævia coïnciderait avec une rupture utérine, il faudrait faire le traitement ordinaire de la rupture, sans tenir compte de l'insertion vicieuse du placenta.

(Cas de rupture utérine coïncidant avec placenta prævia, mort de la femme avant l'accouchement, par Mac Donald, *The Lancet*, vol. II, p. 601, 1880).

X

Éclampsie.

Dans les deux cas d'éclampsie que nous relatons, nous ne voyons aucune indication particulière résulter de l'union de cette maladie avec le placenta prævia.

1° *Placenta prævia et éclampsie. Observation extraite des registres de la Clinique d'accouchements*, 17 *février* 1864.

R. — 7 pare; — 41 ans; — enceinte de neuf mois; — présentation du sommet O. I. D. P.; — hémorrhagie ayant débuté soixante heures avant l'accouchement; — placenta prævia partiel; — rupture artificielle des membranes; — seigle ergoté; — extraction, au moyen du forceps, d'un enfant mort pesant 3.660 grammes; — placenta bilobé; femme morte pendant la suite des couches.

2° *Placenta prævia et éclampsie. Observation* 10 *de la Maternité.*

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS ET STATISTIQUES

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET MATERNITÉ

DE PARIS

SIGNIFICATION DES TERMES

EMPLOYÉS DANS CES

STATISTIQUES ET OBSERVATIONS

1° Les mères désignées sous le terme de *guéries* ou *vivantes* sont celles qui sont sorties telles de l'hôpital. Toutes celles qui ont succombé à une époque variable après l'accouchement, avant leur sortie de l'hôpital, sont rangées parmi les *mortes*, quelles que soient la cause et l'époque de la mort. *Ces termes s'appliquent donc à l'état des mères à la sortie de l'hôpital.*

2° Pour les enfants, *morts* et *vivants* veut dire simplement l'état au moment de la naissance, et non celui à la sortie de l'hôpital. Quand l'enfant succombe quelque temps après la naissance, on ne saurait en effet incriminer la conduite suivie pendant l'accouchement pour traiter le placenta prævia. *Ces termes désignent donc l'état des enfants à la naissance.*

3° Nous avons supprimé les chiffres décimaux pour éviter de compliquer nos statistiques suffisamment complexes. Si le nombre indiquant les fractions était inférieur ou égal à 0,50, nous l'avons supprimé simplement; s'il lui était supérieur, nous avons augmenté d'une unité le nombre

total. — Exemple : au lieu de 36,25 0/0 nous avons dit 36 0/0 ; au lieu de 36,50 0/0, 36 0/0 ; au lieu de 36,65 0/0, 37 0/0. — Nous nous sommes comporté de même pour la plupart des chiffres rencontrés dans les auteurs. — La clarté ainsi obtenue nous a semblé largement compenser la légère erreur commise.

4° Le terme *version*, employé seul, veut dire version podalique par manœuvres internes ; chaque fois qu'il s'est agi de la version par manœuvres externes, de la version par manœuvres mixtes, nous l'avons indiqué d'une façon spéciale.

5° Nous avons indiqué la *variété d'insertion placentaire* par le terme qui se trouvait dans les registres ou observations. Mais dans ces statistiques, nous n'attachons pas une grande valeur à cette désignation. Il est probable que le diagnostic a été rarement précis à cet égard ; nous n'en voulons pour preuve que les nombreuses variétés d'insertions centrales mentionnées alors que cette variété est très rare, si même elle existe. — La même raison nous a empêché de baser plusieurs de nos statistiques sur la variété d'insertion placentaire. Ce reproche n'est d'ailleurs pas spécial aux observations que nous publions ici, mais pourrait aussi s'adresser à la plupart des observations de placenta prævia.

6° Le mot de *tampon* employé seul signifie le tampon de Leroux, fait avec des bourdonnets de ouate ou de charpie. Quand il s'est agi d'une autre variété de tampon, nous l'avons toujours désigné d'une façon spéciale.

7° La date qui est en tête des observations est celle du jour de l'entrée à la Maternité.

8° Pour indiquer le degré de dilatation de l'orifice utérin, nous nous sommes servi des comparaisons, classiques parmi nous, aux pièces de monnaie française ; mais nous ne croyons pas inutile, pour les étrangers, d'indiquer le diamètre approximatif de ces pièces d'argent :

Pièce de	0 fr. 50	diamètre	1 cent. 1/2
—	1 fr.	—	2 cent.
—	2 fr.	—	2 cent. 1/2
—	5 fr.	—	3 cent. 1/2

(Dans les dimensions que nous venons d'énoncer le chiffre donné est inférieur de 1 à 3 mill. à la réalité.)

9° Lorsque le résultat est inconnu, quand par exemple, dans les observations, le sort de l'enfant n'est pas mentionné, pour établir le chiffre de la mortalité, nous avons supprimé ces cas et établi notre moyenne d'après le nombre de faits connus.

10° Nous avons compté parmi les enfants morts, les fœtus macérés ou désignés tels afin d'éviter le reproche d'avoir peut-être éliminé ainsi des enfants morts au début du travail, sous l'influence de la méthode employée. Il y a là une légère cause d'erreur, au préjudice de nos statistiques en ce qui concerne les enfants.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE PARIS

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PAJOT

Statistique[1] des cas de placenta prævia, de 1855 à 1885 inclusivement.

Statistique de 31 années.

Nombre total d'accouchements : 23.509.

Nombre total de placentas prævia : 110.

Mères :	Mortes. . . .	36	Mortalité : 32 p. 100
	Vivantes. . .	74	
Enfants :	Morts. . .	69	Mortalité : 64 p. 100
(1 gémel.)	Vivants. .	37	
	Inconnus.	5	

1. Nous devons cette statistique à la bienveillance de M. le professeur Pajot, qui a bien voulu mettre les registres de la Clinique à notre disposition. Nous lui adressons nos sincères remerciements.

Nous avons jugé inutile de publier un résumé de toutes les observations, ainsi que nous l'avons fait pour la Maternité, parce que beaucoup d'entre elles sont très incomplètes.

Modes de terminaison de ces 110 cas :

Forceps	18
Versions	32
Extractions (siège)	8
Accouchements forcés (versions)	2
Embryotomie	3
Accouchements spontanés. (Dont un après version céphalique par manœuvres externes.)	46
Femme morte non accouchée (Opération césarienne post mortem, enfant mort.)	1
Total	110

I. *Statistique des cas traités par le tampon.*

(Tampon Leroux, sauf rares exceptions.)

Nombre total des cas : 41.

Mères : Mortes	15	Mortalité :	36 p. 100
Vivantes	26		
Enfants : Morts	32	Mortalité :	78 p. 100
Vivants	9		

II. Statistique des cas traités par rupture artificielle des membranes (méthode de Puzos) sans autre intervention (sauf ergot de seigle), suivie d'accouchement spontané en présentation du sommet.

Nombre total des cas : 13.

Mères : Mortes	3	Mortalité :	23 p. 100
Vivantes	10		
Enfants : Morts	8	Mortalité :	57 p. 100
(1 gémel.). Vivants	6		

III. Statistique des cas traités par la version (par manœuvres internes), précédée ou non d'autres modes d'intervention.

Nombre total : 32 cas.

Présentation :	Sommet	20
—	Épaule	7
—	Inconnue	5

Mères :	Mortes	12	Mortalité : 37 p. 100
—	Vivantes	20	
Enfants :	Morts	21	Mortalité : 70 p. 100
—	Vivants	9	
—	Inconnus	2	

Des deux femmes qui succombèrent l'une était éclamptique, l'autre avait un fibrome de la lèvre postérieure. Dans ces deux cas, le fœtus se présentait par le sommet.

Si nous prenons séparément les résultats fournis par la version dans les présentations de l'épaule et dans les présentations du sommet, nous trouvons :

Présentation du sommet : 20.

Mères :	Mortes	6	Mortalité : 30 p. 100
—	Vivantes	14	
Enfants :	Morts	15	Mortalité : 75 p. 100
—	Vivants	5	

Présentation de l'épaule : 7.

Mères :	Mortes	3	Mortalité : 43 p. 100
—	Vivantes	4	
Enfants :	Morts	3	Mortalité : 60 p. 100
—	Vivants	2	
—	Inconnus	2	

IV. Statistique des cas traités par l'extraction manuelle (présentation du siège), quel que soit le traitement antérieur.

Nombre total des cas : 8.

Mères :	Mortes. .	2	Mortalité : 25 p. 100
	Vivantes.	6	
Enfants :	Morts. . .	8	Mortalité : 100 p. 100
	Vivant . .	0	

V. Statistique de cas traités par le forceps (présentation du sommet), quel que soit le traitement antérieur.

Nombre total des cas : 18.

Mères :	Mortes.	9	Mortalité : 50 p. 100
—	Vivantes.	9	
Enfants :	Morts . .	10	Mortalité : 55 p. 100
—	Vivants. .	8	

VI. Statistique des cas où l'accouchement fut spontané, c'est-à-dire de cas où on ne fit ni la version, ni l'extraction manuelle, ni le forceps, ni l'embryotomie.

Nombre total des cas : 45 (1 gross. gémellaire).

Mères :	Mortes.	9	Mortalité : 20 p. 100
—	Vivantes. . .	36	
Enfants :	Morts	24	Mortalité : 54 p. 100
—	Vivants . . .	20	
—	Inconnus	2	

Statistique des accouchements spontanés suivant le mode de présentation.

Nous éliminons la grossesse gémellaire ; il reste par conséquent, nombre total : 44 cas.

Présentation du sommet : 35.

Mères :	Mortes	9	Mortalité : 26 p. 100
—	Vivantes	26	
Enfants :	Morts.	19	Mortalité : 56 p. 100
—	Vivants.	15	
—	Inconnu.	1	

Présentation du siège : 9.

Mères :	Morte.	0	Mortalité : 0 p. 100
—	Vivantes.	9	
Enfants :	Morts.	5	Mortalité : 62 p. 100
—	Vivants.	3	
—	Inconnu.	1	

VII. Statistique de cas variés.

1° Accouchement forcé (version) : 2 cas.

Mères. . . . . 2 morts.

Enfants.. . . . . 2 —

2° Version par manœuvres externes, puis accouchement spontané : 1 cas.

Mère vivante.

Enfant mort.

(Nous avons publié le résumé de cette observation page 111, obs. du Dr Maygrier.)

3° Embryotomie : 3 cas.

Une embryotomie céphalique (bassin vicié). Mère morte.

Deux embryotomies proprement dites (rétraction utérine, 2 prés. épaule). Mères guéries.

4° Opération césarienne post mortem : 1 cas.

L'enfant ne put être sauvé.

MATERNITÉ DE PARIS

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR TARNIER

Statistique[1] *des cas de placenta prævia, de 1855 à 1885 inclusivement (moins les années 1864 et 1871, dont les registres manquent).*

Statistique de 29 années.

Nombre total d'accouchements : 46,900.

Nombre total de placentas prævia : 145.

Mères :	Mortes.	39	Mortalité : 27 p. 100
—	Vivantes.	106	
Enfants :	Morts.	78	Mortalité : 54 p. 100
—	Vivants.	67	

(Enfants : 1 grossesse gémellaire et une femme morte sans être accouchée. Cet enfant n'est pas compté dans la statistique.)

1. Nous sommes vivement reconnaissant à notre excellent maître, M. le professeur Tarnier, qui a bien voulu nous permettre de puiser, dans les registres de son service à la Maternité, tous les éléments de cette statistique.

C'est grâce à la collaboration de Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité, que nous avons pu réunir et grouper tous les cas que nous publions ici ; qu'elle veuille bien accepter nos sincères remerciements.

Modes de terminaison de ces 145 cas :

Forceps.	3	
Versions.	56	
Forceps, puis version.	1	(obs. 142).
Extractions (siège).	14	
Accouchement ~~forcé (version)~~	1	(obs. 33).
Version céphalique par manœuvres internes (terminée spontanément).	1	(obs. 31).
Accouchements spontanés.	68	
Femme morte non accouchée.	1	(obs. 61).
Total	145	

(Un cas de version céphalique par manœuvres externes, terminé par une version podalique par manœuvres internes, est compté dans ce dernier mode de terminaison, obs. n° 92.)

I. Statistique de cas traités par la méthode Leroux.

a. Nombre total des cas : 56 (avec ou sans emploi d'une autre méthode).

Mères :	Mortes.	15	Mortalité : 27 p. 100
—	Guéries.	41	
Enfants :	Morts.	33	Mortalité : 59 p. 100
—	Vivants.	23	

---

b. Détail de ces 56 cas.

1° *La méthode de Leroux est appliquée seule.*

(L'accouchement a été terminé soit par la version, soit par le forceps, soit spontanément; dans quelques cas, la méthode de Puzos a été appliquée après le tampon.)

Nombre total des cas : 47.

Mères :	Mortes.	13	Mortalité : 28 p. 100
—	Guéries.	34	
Enfants :	Morts.	26	Mortalité : 55 p. 100
—	Vivants.	21	

Méthode de Leroux appliquée seule avant l'antisepsie faite rigoureusement, de 1855 à 1882.

Nombre total des cas : 29.

Mères :	Mortes.	11	Mortalité : 38 p. 100
—	Guéries.	18	
Enfants :	Morts.	16	Mortalité : 55 p. 100
—	Vivants.	13	

Méthode de Leroux appliquée seule depuis l'antisepsie rigoureuse, de 1882 à 1885 (ces 2 années inclues)[1].

Nombre total des cas : 18.

Mères :	Mortes.	2[2]	Mortalité : 11 p. 100
—	Guéries	16	(mieux 6 p. 100)
Enfants :	Morts.	10	Mortalité : 55 p. 100
—	Vivants.	8	

1. Nous avons compris dans cette statistique les deux cas suivants : dans l'un on compléta le tamponnement, commencé avec des bourdonnets de charpie, par l'application d'un pessaire Gariel destiné à le maintenir; dans l'autre, après l'application du tampon, on mit et laissa pendant quelque temps l'appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny.

2. Ces deux cas de mort (*V.* obs. 104 et 133) ont été causés l'un par la manière défectueuse dont le tamponnement a été fait en ville (la malade amenée exsangue et mourante à la Maternité, elle ne fut pas tamponnée à l'hôpital et succomba peu après son entrée;) l'autre par l'état des reins, la malade, à son entrée à la Maternité, était albuminurique à un haut degré et elle succomba d'urémie. On pourrait donc à la rigueur ne pas compter ces deux cas pour l'appréciation de la mortalité maternelle; nous nous contenterons, pour éviter tout reproche, d'en supprimer un, celui d'urémie, ce qui nous donne pour mortalité maternelle 6 p. 100.

2° *Méthode de Leroux appliquée avec une autre méthode.*

a. Avec la vessie Gariel (n'a été employée qu'avant 1882).

Nombre total des cas : 5.

Mères :	Morte	1	Mortalité : 20 p. 100
—	Guéries.	4	
Enfants :	Morts.	4	Mortalité : 80 p. 100
—	Vivant	1	

b. Avec le double ballon de Chassagny (n'a été employé que depuis 1882).

Nombre total des cas : 4.

Mères :	Morte	1	Mortalité : 25 p. 100
—	Guéries.	3	
Enfants :	Morts.	3	Mortalité : 75 p. 100
—	Guéri	1	

3° *Cas où la vessie à air Gariel a été seule employée pour faire le tanponnement* (employée seulement avant 1882).

Nombre total des cas : 8.

Mères :	Mortes.	6	Mortalité : 75 p. 100
—	Guéries.	2	
Enfants :	Morts	5	Mortalité : 62 p. 100
—	Vivants.	3	

II. Cas où le double ballon de Chassagny a été appliqué (il n'a été appliqué que depuis 1882, c'est-à-dire depuis l'antisepsie rigoureuse).

Nombre total des cas : 6.

Mères :	Mortes.	2	Mortalité : 33 p. 100
—	Guéries.	4	
Enfants :	Morts.	5	Mortalité : 83 p. 100
	Vivant	1	

Cas où le double ballon de Chassagny a été appliqué seul.

Nombre total des cas : 2 (obs. 121, 128).

Mères :	Morte	1	Mortalité : 50 p. 100
—	Guérie	1	
Enfants :	Morts.	2	Mortalité : 100 p. 100
—	Vivant	0	

Cas où le double ballon de Chassagny a été appliqué concurremment avec le tampon Leroux.

Nombre total des cas : 4 (obs. 124, 126, 127, 136).

Mères :	Morte	1	Mortalité : 25 p. 100
—	Guéries.	3	
Enfants :	Morts.	3	Mortalité : 75 p. 100
—	Vivant	1	

III. Méthode de Puzos.

Rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète.

Présentation du sommet.

Nous n'avons pris que les cas où l'accouchement a été spontané.

Nombre total : 16 — (obs. 1, 27, 30, 35, 40, 47, 49, 64, 65, 68, 79, 80, 94, 103, 137, 140).

L'hémorrhagie continua dans 2 cas (obs. 35, 49).

Mères :	Mortes. 2		Mortalité : 12 p. 100
—	Vivantes. 14		
Enfants :	Morts. 7		Mortalité : 43 p. 100
—	Vivants. 9		

IV. Méthode de Simpson.

Arrachement du placenta avant la sortie du fœtus.

Nombre total des cas : 8 (obs. 19, 25, 28, 36, 37, 41, 44, 55).

Mères :	Mortes. 4		Mortalité : 50 p. 100
—	Guéries. 4		
Enfants :	Morts. 7		Mortalité : 87 p. 100
—	Vivant 1		

V. Statistique des cas traités par la version (par manœuvres internes) précédée ou non d'un autre mode d'intervention.

Nombre total : 57 cas.

Mères :	Mortes.	21	Mortalité : 37 p. 100
—	Vivantes. . . .	36	
Enfants :	Morts.	30	Mortalité : 53 p. 100
—	Vivants.	27	

En prenant séparément les résultats fournis par la version dans les présentations de l'épaule et dans les présentations du sommet, nous trouvons :

Présentation du sommet : 33.

Mères :	Mortes.	12	Mortalité : 36 p. 100
—	Vivantes.	21	
Enfants :	Morts.	13	Mortalité : 39 p. 100
—	Vivants.	20	

Présentation de l'épaule : 15.

Mères :	Mortes.	5	Mortalité : 33 p. 100
—	Vivantes.	10	
Enfants :	Morts.	10	Mortalité : 67 p. 100
—	Vivants.	5	

Présentation indéterminée : 9.

Mères :	Mortes.	4	Mortalité : 44 p. 100
—	Vivantes.	5	
Enfants :	Morts.	7	Mortalité : 78 p. 100
—	Vivants.	2	

VI. Statistique des cas traités par l'extraction manuelle.

(Présentation du siège), quel que soit le traitement antérieur.

Nombre total des cas : 14.

Mères :	Mortes.	5	Mortalité : 36 p. 100
—	Vivantes.	9	
Enfants :	Morts.	6	Mortalité : 43 p. 100
—	Vivants.	8	

VII. Statistique des cas traités par le forceps.

(Présentation du sommet). (Nous en exceptons l'obs. 142, où les tentatives de forceps restèrent infructueuses. L'accouchement fut terminé par la version.)

Nombre total des cas : 3.

Mères :	Morte	1	Mortalité : 33 p. 100
—	Vivantes.	2	
Enfants :	Morts.	2	Mortalité : 67 p. 100
—	Vivant	1	

VIII. Statistique des cas où l'accouchement fut spontané.

C'est-à-dire des cas où on ne fit ni la version, ni l'extraction manuelle, ni le forceps, ni l'embryotomie.

Nombre total des cas : 69 (1 grossesse gémellaire).

Mères :	Mortes.	9	Mortalité : 13 p. 100
—	Guéries.	60	
Enfants :	Morts.	39	Mortalité : 56 p. 100
—	Vivants.	31	

Statistique de ces 68 cas d'après le mode de présentation (la grossesse gémellaire étant éliminée).

a. Présentation du sommet : 58.

Mères :	Mortes.	9	Mortalité : 15 p. 100
—	Guéries.	49	
Enfants :	Morts.	31	Mortalité : 53 p. 100
—	Vivants.	27	

---

b. Présentation du siège : 7.

Mères :	Morte	0	Mortalité : 0 p. 100
—	Guéries.	7	
Enfants :	Morts.	3	Mortalité : 43 p. 100
—	Vivants.	4	

---

c. Épaule. Évolution spontanée : 1 cas (obs. 56).

Mère vivante.

Enfant mort.

---

d. Cas indéterminés : 2.

Mères vivantes. . . .	2
Enfants morts. . . .	2

IX. Statistique des cas où l'ergot de seigle a été administré avant l'expulsion du fœtus.

(Nous avons excepté l'obs. 53 de grossesse gémellaire où l'ergot de seigle a été administré entre la naissance des deux enfants.)

Nombre total des cas : 26.

Femmes :	Mortes. . . .	11	Mortalité : 42 p. 100
—	Guéries. . . .	15	
Enfants :	Morts.	20	Mortalité : 77 p. 100
—	Vivants. . . .	6	

Sur les 20 cas d'enfants morts, l'ergot de seigle ne doit pas être toujours incriminé ; mais sur 15 de ces cas, il paraît coupable, en partie ou en totalité, de la mort des fœtus.

X. Statistique comparative des cas ou l'ergot de seigle n'a pas été administré avant l'expulsion du fœtus.

Nombre total des cas : 118.

Femmes :	Mortes. . . .	28	Mortalité : 24 p. 100
—	Guéries. . . .	90	
Enfants :	Morts.	56	Mortalité : 47 p. 100
—	Vivants	61	

OBSERVATIONS

DE LA MATERNITÉ DE PARIS

---

1. 10 janvier 1855 : L.; — 13pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia partiel; — présentation sommet O. I. G. A.; — tampon avant le début du travail amenant contraction; — on enlève le tampon; — on rompt les membranes avant dilatation complète; — seigle ergoté; — accouchement spontané; — hémor- rhagie de la délivrance; — enfant mort; — femme guérie, mais très anémiée.

2. 23 mai 1855 : D; — mpare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia central; — présentation épaule droite en A. I. D; — tampon avant le travail enlevé et réappliqué; — version; — enfant vivant; — mère guérie.

3. 19 juin 1855 : F.; — mpare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du siège complet — hémorrhagie pendant les trois derniers mois de la grossesse; — à la dilatation grande comme 2 centim. environ, on donna de l'ergot de seigle; — extraction très pénible; — mort de l'enfant et de la femme.

4. 7 juillet 1855 : C.; — 1pare — grossesse de huit mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet O. I. G. A.;

— tampon appliqué avant le début du travail qui se déclare ; peu de temps après on le retire parce qu'il s'imbibe ; — on rompt les membranes à dilatation complète ; —accouchement spontané aussitôt après ; — enfant mort ; — femme guérie.

5. 17 juillet 1855 : P. ; — mpare ; — grossesse de sept mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — tampon avant le début du travail, enlevé au bout de 12 h. ; — version ; — enfant vivant ; — hémorrhagie de la délivrance ; — mère guérie.

6. 5 septembre 1855 : G. ; —9pare ; — grossesse de sept mois ; — hémorrhagie abondante avant l'entrée ; — placenta prævia central ; — présentation de l'épaule droite A. I. G. ; — version ; — expulsion du placenta avant l'enfant ; — enfant mort ; — mère guérie.

7. 8 février 1856 : P. ; — 29 ans ; — mpare ; — grossesse de cinq mois ; — placenta prævia central ; — présentation ? ; — version et extraction de l'enfant à dilatation suffisante ; — enfant de 1.250 gr. mort ; — mère morte.

8. 29 mars 1856 : A. ; — 8pare ; — grossesse à terme ; — placenta prævia central ; — sommet O. I. G. A. ; — Application du tampon avant le travail qui se déclare 9 heures après ; — on retire le tampon pour faire la version ; — enfant vivant ; — mort de la femme (suites d'hémorrhagie).

9. 15 septembre 1856 : S. ; — 24 ans ; — mpare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du siège en S. I. D. P. ; — arrivée en travail ; — dilatation complète ; — on rompt les membranes ; — extraction — enfant vivant qui mourut peu après ; — femme guérie.

10. 15 janvier 1857 : L. ; — 1pare ; — grossesse de six mois et demi ; — placenta pævia central ; — présentation du sommet ; — femme albuminurique éclamptique (14 accès) ; — hémorrhagie nécessitant application du tampon ; — trois applications

successives de tampon (vessie de Gariel); — accouchement spontané; — enfant mort; — femme morte (éclampsie et anémie).

11. 1er avril 1857 : N.; — 1pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia, variété?; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — application du tampon (vessie de Gariel) avant le début du travail; — tampon reste appliqué environ 72 heures; — escharres du vagin; — à dilatation suffisante, version qui amène un enfant mort; — la femme succombe peu de temps après.

12. 12 avril 1857 : R.; — 36 ans; — mpare; — grossesse de cinq mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du siège; — tampon appliqué au début du travail (vessie de caoutchouc); — extraction du fœtus à dilatation suffisante; — enfant mort; — hémorrhagie de la délivrance traitée en portant sur le col une éponge imbibée de perchlorure de fer; — mère guérie.

13. 13 juin 1857 : L.; — mpare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du siège complet en S. S. G. A.; — pas d'intervention pendant le travail qui marche rapidement; — à la dilatation complète, rupture spontanée des membranes; — extraction facile; — légère hémorrhagie de la délivrance; — enfant vivant; — mort de la femme 34 jours après l'accouchement.

14. 10 juillet 1857 : P.; — mpare; — grossesse de six mois; — placenta prævia partiel; — présentation; — rupture des membranes à dilatation complète; — accouchement spontané; — enfant mort; — femme guérie.

15. 23 décembre 1857 : M.; — 10pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation; — tampon (vessie à air) au début du travail; — à dilatation complète rupture des membranes; — version; — enfant vivant; — mère guérie.

16. 9 janvier 1858 : J.; — 13pare; — grossesse de neuf

mois; — placenta prævia central; — présentation?; — tampon (vessie Gariel) expulsé 7 heures après, réappliqué une seconde fois et éclate dans le vagin; — troisième application; — on introduit la main, on extrait le fœtus par la version; — extraction d'un enfant mort; — hémorrhagie de la délivrance fatale pour la mère.

17. 25 avril 1858 : M.; — 2pare; — grossesse de sept mois; — placenta prævia partiel; — présentation du siège complet S. I. G. A.; — seigle ergoté; — injections vaginales d'eau froide; — à la dilatation presque complète, on rompt les membranes et on fait l'extraction d'un enfant vivant; — mère guérie.

18. 25 avril 1858 : M.: —mpare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — à dilatation presque complète, on rompt les membranes; — accouchement spontané d'un enfant vivant, mort peu après (ascite); — mère guérie.

19. 14 mai 1858 : B.; — 8pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia central; — présentation de l'épaule droite en A. I. G.; — injections froides; — hémorrhagie sérieuse; — à la dilatation complète on extrait le placenta, puis l'enfant par la version; — hémorrhagie abondante à la suite; injection intra-utérine d'une solution de perchlorure de fer; — application de la vessie Gariel; — enfant mort; — femme meurt d'hémorrhagie survenue au moment de la délivrance et traitée en vain par différents moyens, notamment par des injections d'une solution de perchlorure de fer.

20. 1er septembre 1858 : P.; — 23 ans; — mpare; — grossesse de?; — placenta prævia central; — présentation de l'épaule; — hémorrhagie à l'entrée de l'hôpital; — injections froides; — seigle ergoté; — tamponnement avec la vessie Gariel; — à dilatabilité complète, on décolle le placenta, on rompt les membranes et on fait la version; — hémorrhagie fatale de la délivrance combattue en vain par le seigle ergoté,

par les injections froides, par le perchlorure de fer, par les applications d'eau froide sur la zone génitale, par le jus de citrons exprimés dans la cavité utérine et enfin par la compression de l'aorte; — enfant mort; — mère morte 2 heures 30 après l'accouchement.

21. 3 septembre 1858 : T.; — 4pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia central; — présentation du sommet; — tamponnement avec la vessie Gariel; — l'hémorrhagie continuant, on applique à la place un tampon avec de la charpie; arrêt de l'hémorrhagie; — seigle ergoté; — rupture spontanée des membranes; — version, extraction lente; — enfant mort; — mère guérie.

22. 23 janvier 1859 : B.; — 29 ans; — mpare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia marginal; — Présentation du siège S. I. G. A.; — rupture spontanée des membranes à la dilatation complète; — expulsion spontanée d'un fœtus vivant; — mère guérie.

23. 12 février 1859 : L.; — mpare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — application du tampon pour arrêter l'hémorrhagie; — à dilatation complète, on donne du seigle ergoté et on fait la version; — enfant vivant; — mère guérie.

24. 28 juin 1859 : C.; — 4pare; — grossesse de sept mois; — placenta prævia marginal; — présentation du siège complet; — 1er tampon avec la vessie à air, chassé immédiatement; — 2e tampon avec de la charpie, hémostase; — bien que la dilatation ne fût pas complète, on va chercher un pied, on abandonne l'accouchement à la nature pendant une heure; — lésion du vagin; — on termine l'extraction; — l'hémorrhagie recommence; — on la combat avec succès par les moyens classiques; — enfant mort; — femme vivante.

25. 6 septembre 1859 : P.; — 4pare; — grossesse de sept

mois; — placenta prævia partiel; — présentation de l'épaule; — on extrait d'abord le placenta; — on fait la version; — on laisse le tronc dans l'orifice pour servir de tampon; — seigle ergoté; — le tronc reste 3 heures dans l'orifice; — extraction d'un enfant mort; — femme guérie.

26. 12 septembre 1859 : M.; — 1 pare; — grossesse de sept mois; — placenta prævia central; — présentation du sommet; — application du tampon; — seigle ergoté; — accouchement spontané du tampon et de l'enfant; — enfant vivant; — mère guérie.

27. 13 septembre 1859 : A.; — mpare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — rupture artificielle des membranes au début du travail; — diminution progressive de l'hémorrhagie; — expulsion spontanée; — enfant vivant; — mère guérie.

28. 17 septembre 1859 : J ; — mpare; — grossesse de ?; — placenta prævia central; — présentation de l'épaule droite en A. I. D.; — tampon appliqué avant le début du travail pendant 16 heures; — 15 heures après le début du travail; — arrachement du placenta avant le fœtus; — version; — seigle ergoté; — on laisse le siège engagé dans l'orifice utérin; — après l'expulsion du fœtus, hémorrhagie très abondante, combattue par l'introduction dans l'utérus de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer, par le seigle ergoté, la glace, la compression de l'aorte; la perte emporte la femme; — mère et enfant morts.

29. 27 octobre 1859 : D.; — mpare; — grossesse de ?; — placenta prævia central; — présentation du sommet; — tampon appliqué avant le début du travail; — seigle ergoté; — on retire tampon imbibé; — application d'un second tampon; — version; — on abandonne l'extraction à la nature; — hémorrhagie grave de la délivrance combattue par compression de l'aorte, perchlorure de fer sur bourdonnets introduits dans l'utérus; — glace dans l'utérus; — mère et enfant morts.

30. 10 anvier 1860 : L.; — 1pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — rupture artificielle des membranes au début de la dilatation; — seigle ergoté; — accouchement spontané du placenta en premier lieu, puis d'un fœtus mort; — mère guérie.

31. 2 mars 1860 : G.; — mpare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia central; — présentation de l'épaule gauche; — tampon avant le début du travail; — seigle ergoté et digitale; — version céphalique par manœuvres internes; — accouchement spontané d'abord du placenta, puis d'un fœtus mort; — mère guérie.

32. 7 mai 1860 : L.; — mpare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia marginal; — présentation du siège complet; — rupture artificielle des membranes; — extraction lente d'un enfant vivant; — mère guérie.

33. 14 août 1860 : D.; mpare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — rupture artificielle des membranes; — seigle ergoté; — l'hémorrhagie continue; — version avant dilatation complète; — (accouchement forcé); — enfant mort; — mère morte.

34. 2 décembre 1860 : B.: — 7pare; — grossesse de sept mois; — placenta prævia partiel; — présentation du siège; — au début du travail on va chercher un pied, on l'amène dans le vagin; — on abandonne l'expulsion à la nature; — extraction de la tête; — hémorrhagie grave de la délivrance; — mort de l'enfant; — mort de la mère (1 mois après, phthisie).

35. 22 décembre 1860 : F.; — 1pare?; — grossesse de huit mois; — placenta prævia partiel: — présentation du sommet; — on rompt les membranes; — on donne du seigle ergoté; — l'hémorrhagie continue, mais peu abondamment; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

36. 27 janvier 1861 : J.; — mpare; — grossesse de ?; — placenta prævia central; — présentation du sommet; — à la dilatation complète, on extrait le placenta et on laisse l'accouchement se terminer spontanément; — enfant mort; — mère guérie.

37. 21 novembre 1861 : H.; — 4pare; — grossesse de six mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du siège; — à la dilatation suffisante pour laisser passer la main, on extrait le placenta, on va chercher les pieds, on les laisse pendants dans le vagin; — accouchement abandonné pendant quelque temps à la nature (mode de terminaison non précisé); — hémorrhagie grave de la délivrance, combattue en vain par différents moyens, entre autre le perchlorure de fer; — enfant mort; — mère morte.

38. 16 décembre 1861 : P.; — 5pare; — grossesse de sept mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet O. I. G. A.; — avant le début du travail, seigle ergoté et tampon; — on l'enlève au bout de 1 heure 30; — l'hémorrhagie se reproduit; — on recommence le même traitement; — le tampon est chassé par les mêmes contractions utéro-abdominales; — on rompt les membranes et on fait la version; — enfant mort; — mère morte.

39. 8 décembre 1862 : F.; — 34 ans; — 6pare; — grossesse de quatre mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation ?; — hémorrhagie au début du travail; — on décolle le placenta au voisinage de l'orifice interne; — on arrache une partie de sa substance; — ergot de seigle 1 gramme; — expulsion spontanée d'un fœtus mort; — mère guérie.

40. 23 janvier 1863 : B.; — 36 ans; — 7pare; — grossesse de sept mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet O. I. G. A.; — arrive en travail; — on rompt les membranes; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

41. 15 mars 1863 : C. ; — 37 ans; — 2pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia central; — présentation du sommet; — ergot de seigle au début du travail; — un peu plus tard extraction du placenta (hémostase); — ergot de seigle; — accouchement spontané; — enfant mort; — mère morte.

42. 1er avril 1863 : G. : — 33 ans; — 11pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet O. I. D. A.; — seigle ergoté; — on rompt les membranes; — à la dilatation complète, l'hémorrhagie revient; — forceps; — enfant mort; — mère guérie.

43. 22 avril 1863 : P.; — 38 ans; — 2pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — rupture spontanée des membranes au début du travail; — l'hémorrhagie continue; — contractions utérines énergiques; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

44. 23 juin 1863 : G.; — grossesse de huit mois; — placenta prævia marginal; — présentation du siège; — rupture spontanée des membranes avant le début du travail; — hémorrhagie très abondante au début du travail; — on décolle le placenta et on l'extrait; — on abaisse les pieds du fœtus et on laisse l'accouchement se terminer spontanément; — enfant vivant?; — mère guérie.

45. 8 septembre 1863 : J.; — 32 ans; — 2pare; — placenta prævia central; — présentation du sommet; — tampon avec la vessie Gariel; — elle se rompt; — on en applique une seconde; — expulsée au bout de 9 heures; — hémorrhagie recommence; — réapplication pour la troisième fois; — on l'enlève bientôt; — la dilatation étant suffisante, on rompt les membranes; — accouchement spontané; — délivrance pénible; — enfant vivant; — femme morte d'infection purulente.

46. 23 septembre 1863 : S.; — 42 ans; — 11pare; — gros-

sesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — arrive en travail en perdant du sang (Maternité); — on rompt les membranes; — version; — extraction d'un enfant vivant; — mère guérie.

47. 8 novembre 1865: B.; — 24 ans; — 1pare; — grossesse de six mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — on rompt les membranes au début du travail; — accouchement spontané; — enfant mort?; — femme guérie.

48. 14 décembre 1865: H.; — grossesse de huit mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet O. I. D. P.; — ergot de seigle en ville; — on rompt les membranes; — hémorrhagie arrêtée; — on termine l'accouchement par une application de forceps précédée de l'administration d'un gramme d'ergot de seigle; — enfant mort; — femme morte de broncho-pneumonie.

49. 3 février 1866: D.; — 40 ans; — 12pare; — grossesse de huit mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — on rompt les membranes; — la tête ne s'abaissant pas, la femme perd encore un peu; — contractions languissantes; — seigle ergoté; — les contractions deviennent énergiques; — l'hémorrhagie cesse; — accouchement spontané; — enfant vivant; — femme morte de péritonite.

50. 19 août 1866: D.; — 23 ans; — 4pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — membranes rompues spontanément; — l'hémorrhagie débute après; — les contractions se déclarent; — la tête s'abaisse; — accouchement spontané; — enfant vivant; mère guérie.

51. 30 août 1866: B.; — 23 ans; — grossesse de sept mois; — placenta prævia marginal; — présentation de l'épaule droite en A. I. D.; — hémorrhagie au début du travail; — on rompt les membranes; — version à dilatation suffisante; — enfant vivant; — mère guérie.

52. 20 octobre 1866 : L. ; — 12pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet ; — ergot de seigle ; — accouchement spontané ; — enfant vivant ; — mère guérie.

53. 27 septembre 1867 : C. ; — 34 ans ; — 2pare ; — grossesse gémellaire de sept mois ; — placenta prævia central ; — présentation du sommet et présentation du siège ; — injections d'eau froide ; — application du tampon Gariel ; — la vessie se rompt au bout de 30 minutes ; — on réapplique une autre vessie ; — elle se rompt ; — 4 heures après, l'hémorrhagie recommence ; — tamponnement avec bourdonnets de charpie ; — 5 heures après on retire le tampon imbibé ; — dilatation stationnaire ; — injections d'eau froide ; — nouvelle vessie Gariel ; — les membranes se rompent ; — on enlève la vessie ; — 1er accouchement par le sommet ; seigle ergoté ; — 2e enfant, 40 minutes après, par le siège ; — enfants morts ; — mère guérie.

54. 21 février 1867 : P. ; — 40 ans ; — 7pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet ; — accouchement spontané sans hémorrhagie ; — enfant mort ; — femme meurt (cause non indiquée).

55. 21 mai 1867 : D. ; — 5pare ; — grossesse de? ; — placenta prævia partiel ; — présentation du siège ; — hémorrhagie et rupture spontanée des membranes ; — orifice épais et ferme ; — les contractions sont faibles ; — l'hémorrhagie devient abondante ; — on extrait le placenta ; — on prend un pied et on l'amène à la vulve ; — 2 grammes d'ergot de seigle ; — hémostase ; — accouchement spontané ; — enfant mort ; — mère guérie.

56. 3 décembre 1867 : C. ; — 9pare ; — grossesse de sept mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation de l'épaule gauche en A. I. D. ; — orifice dilaté de 2 centimètres ; injections d'eau froide ; — hémorrhagie diminue ; —

elle recommence; — on applique le tampon; — les contractions se déclarent; — on retire le tampon, parce qu'il était imbibé; — on laisse faire l'évolution spontanée; — enfant mort, d'un petit volume; — mère guérie.

57. 10 février 1868: F.; — 22 ans; — 2pare; — grossesse de sept mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. D. P.; — hémorrhagies avant le travail; — contractions se déclarent; — hémorrhagie continue; — on rompt les membranes: — la tête ne s'abaisse pas; — l'hémorrhagie continue; — version; — enfant vivant; — mère vivante.

58. 12 avril 1868 : B.; — 32 ans; — 5pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. G. A.; hémorrhagie combattue avec des injections d'eau froide; — dilatation progresse; — on rompt les membranes; — la femme accouche spontanément quelques minutes après; — enfant vivant; — mère guérie.

59. 11 mai 1868 : P.; — 1pare; — grossesse de sept mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — vessie Gariel au début du travail; — expulsée peu après; — tampon; — hémostase; — on retire le tampon; — injections d'eau froide; — dilatation rapide; — accouchement spontané; — enfant mort; — femme morte de phlegmatia alba dolens et de pleurésie.

60. 23 août 1868: C.; — 3pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. D. P.; — rupture spontanée des membranes; — vessie Gariel expulsée 2 heures après, avec de nombreux caillots; — appliquée et expulsée de nouveau; — nouvelle hémorrhagie; — tampon; — on le retire; — la femme ne perd plus; — accouchement spontané rapide; — enfant vivant; — mère guérie.

61. 16 septembre 1868 : D.; — 42 ans; — 1pare; — grossesse avant terme?; — placenta prævia central, — présenta-

tion du siège ; — hémorrhagie ; — tamponnement appliqué en ville; — on retire le tampon imbibé de liquide amniotique et de sang ; — rupture spontanée des membranes ; — nouveau tampon ; — orifice 2 centim. ; — troisième tampon ; — mort de la femme avant l'accouchement ; — nulle intervention pour l'enfant.

62. 3 octobre 1868 : C. ; — 36 ans ; — mpare ; — grossesse de? ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet O. I. G. A. ; — hémorrhagie abondante au début du travail ; — vessie Gariel ; — rupture spontanée des membranes ; — on retire la vessie Gariel et la femme accouche spontanément dans un bref délai ; — enfant vivant ; — mère morte de métro-péritonite.

63. 9 novembre 1868 : H. ; — 9pare ; — grossesse de sept mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet ; — membranes rompues spontanément ; — hémorrhagie légère ; — contractions énergiques produisant l'hémostase ; — la femme accouche spontanément ; — enfant mort ; — mère guérie.

64. 24 janvier 1869 : D. ; — 22 ans ; — mpare ; — grossesse de huit mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — hémorrhagie très abondante ; — tampon en ville insuffisant ; — dilatation comme une pièce de 5 francs ; on rompt les membranes ; — la tête vient faire tampon ; — l'hémorrhagie s'arrête ; — accouchement spontané ; — enfant vivant ; — femme meurt.

65. 3 mars 1869 : C. ; — 5pare ; — grossesse de? ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet ; — rupture artificielle des membranes ; — accouchement terminé rapidement sans hémorrhagie ; — enfant vivant ; — mère guérie.

66. 31 mars 1869 : M. ; — 24 ans ; — 3pare ; — grossesse de sept mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation ? ; —

hémorrhagie abondante au début du travail; — orifice comme une pièce de 1 fr. — Rupure spontanée des membranes; — hémorrhagie continue très abondamment; — vessie Gariel; — hémorrhagie continue; — dilatation comme 5 francs; — on ne sent pas de partie fœtale; — à l'introduction de la main dans l'utérus on rencontre d'abord le placenta, puis au-dessus le fœtus qui est comme contenu dans une cavité spéciale?; — version; — enfant mort; — mère guérie.

67. 15 août 1869: H.; — 32 ans; — 5pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — hémorrhagie assez abondante; — orifice comme 5 francs; — rupture spontanée des membranes; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

68. 1er juin 1870: A.; — 42 ans; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — injections d'eau froide; — hémostase; — contractions énergiques; — orifice dilaté comme 2 francs; — on rompt les membranes; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

69. 12 juin 1870: R.; — 19 ans — 1pare; — grossesse de?; — placenta prævia partiel; - présentation du siège; — tampon en ville, avant travail; — à la Maternité, on retire le tampon qui s'imbibait; — dilatation comme 5 francs; — nouveau tampon; — douleurs expulsives; — on retire le tampon; — on rompt les membranes; — extraction du fœtus mort; — mort de la femme (cause inconnue).

70. 12 février 1872: P.; — 36 ans; — 8pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — rupture spontanée des membranes au début du travail; — à la dilatation complète, hémorrhagie assez abondante; — version; — enfant mort; — femme morte (cause non indiquée).

71. 6 avril 1872: D.; — 28 ans; — 4pare; — grossesse

de? ; — placenta prævia central ; — présentation du sommet ; — rupture spontanée des membranes à la dilatation grande comme 2 francs ; — l'hémorrhagie devient plus abondante ; — tampon ; — contractions plus énergiques ; — on retire le tampon ; — la dilatation est complète ; — version en traversant le placenta par son centre ; — enfant vivant ; — mère morte (cause non indiquée).

72. 1er mai 1872 : S. ; — 3pare ; — grossesse de six mois et demi ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet ; — arrivée en travail ; — tampon retiré au bout de 2 heures et imbibé ; — deuxième tampon ; — seigle ergoté ; — 7 heures après, le tampon est expulsé ; — dilatation comme 5 francs ; — les membranes se rompent ; — accouchement spontané ; — enfant mort, macéré ; — mère guérie.

73. 29 juin 1873 : F. ; — 16pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet en O. I. G. A. ; — rupture spontanée des membranes à dilatation complète ; — accouchement spontané ; — enfant vivant ; — mère guérie.

74. 13 septembre 1873 : B. ; — 8pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet en O. I. G. A. ; — tampon au début du travail ; — on retire le tampon parce qu'il est imbibé de sang ; — on rompt les membranes ; — l'hémorrhagie se renouvelle ; — seigle ergoté ; — on fait la version à la dilatation suffisante ; — extraction difficile ; — enfant mort ; — la malade perd toujours, elle s'affaiblit et meurt le lendemain.

75. 9 décembre 1873 : P. ; — 6pare ; — grossesse de neuf mois ; placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — arrivée à la Maternité en travail ; — orifice souple ; — injections vaginales froides ; — hémorrhagie très abondante ; — version ; — enfant vivant ; — femme guérie.

76. 28 décembre 1873 : F. ; — 2pare ; — grossesse de neuf

mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — tampon appliqué en ville; — retiré à la Maternité pour faire la version à dilatation suffisante; — enfant vivant; — femme morte (cause non indiquée).

77. 21 octobre 1874 : G.; — 2pare; — grossesse de sept mois; — placenta prævia partiel; — présentation de l'épaule droite;— à la dilatation complète, on fait la version; — enfant vivant; — femme guérie.

78. 29 octobre 1874 : J.; — 5pare; — grossesse de neuf mois; —placenta prævia central?; — présentation?; — hémorrhagie très abondante au début du travail; — dilatation rapide; — version; — enfant vivant; — femme meurt épuisée quelques heures après l'accouchement, à la suite d'une hémorrhagie de la délivrance traitée par la compression de l'aorte et le seigle ergoté.

79. 6 novembre 1874 : C.; — 5pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — arrivée en travail, on rompt les membranes à la dilatation comme 5 francs; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

80. 13 novembre 1874 : P; — 3pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — hémorrhagie à dilatation comme 5 francs; — on rompt les membranes; — accouchement spontané; — enfant mort; — femme guérie.

81. 6 janvier 1876 : C.; — 8pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — tampon retiré 9 heures après; — pas de dilatation; — nouveau tampon, enlevé au bout de quelques heures, imbibé; — on rompt les membranes; — hémorrhagie continue; — troisième tampon de 12 heures; — dilatation comme paume de la main; — forceps; — enfant vivant; — femme guérie.

82. 12 avril 1876 : D. ; — npare ; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia central ; — présentation du sommet ; — tampon à dilatation comme 2 francs ; — on le retire ; — version ; — enfant mort ; — mère guérie.

83. 8 octobre 1876 : G. ; — 4pare ; — grossesse de huit mois et demi ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — tampon appliqué avant le début du travail, retiré au bout de 12 heures ; — dilatation comme 5 francs ; — version ; — enfant vivant ; — mère guérie.

84. 28 février 1877 : P. ; — 4pare ; — grossesse de huit mois et demi ; — placenta prævia central ; — présentation de l'épaule A. I. D. ; — tampon avant le travail ; — il s'imbibe ; — quand on le retire, dilatation comme 5 francs : — orifice rigide ; — nouveau tampon avec vessie de caoutchouc ; — 5 minutes après, elle est expulsée ; — on fait trois incisions sur le col ; — perforation du placenta ; — version ; — enfant mort ; — mort de la femme 3 heures après, d'anémie.

85. 15 mai 1877 : L. ; — 11pare ; — grossesse de sept mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — hémorrhagie à dilatation comme 2 francs ; — injections d'eau froide ; — tampon pendant 7 heures 30 ; — version à dilatabilité complète ; — enfant vivant ; — mère guérie.

86. 10 juillet 1877 : V. ; — 4pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — rupture des membranes au début du travail ; — seigle ergoté ; — accouchement spontané ; — enfant mort ; — femme guérie.

87. 24 août 1878 : H. ; — 40 ans ; — 6pare ; — grossesse de huit mois et demi ; — placenta prævia partiel ; — présentation du siège complet S. I. D. P. ; — le tampon est appliqué à la dilatation comme 2 francs ; — il est retiré 1 heure 30 après ; — dilatation complète ; — on rompt les membranes ; — extraction ; — enfant vivant ; — mère guérie.

88. 6 septembre 1878 : M. ; — 2pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet O. I. D. P. ; — injections froides ; — tampon à la dilatation comme 2 francs ; — expulsé, imbibé au bout de 4 heures 30 ; — accouchement spontané quelques instants après ; — hémorrhagie abondante de la délivrance ; — transfusion ; — hémorrhagie continue ; — traitement, compression de l'aorte, ergotine Yvon ; — transfusion ; — femme meurt ; — enfant mort.

89. 15 décembre 1878 : L. ; — 5pare ; — grossesse de huit mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet O. I. D. P. ; — le tampon est appliqué au début du travail ; — retiré au bout de 4 heures ; — réapplication pendant 18 heures ; — version ; — enfant vivant ; — femme morte (cause non indiquée).

90. 22 juin 1879 : T. ; — 24 ans ; — mpare ; — grossesse de huit mois ; — placenta prævia partiel ? ; — présentation de l'épaule droite A. I. G. ; — tampon avant le début du travail, retiré au bout de 6 heures 30 ; — la dilatation étant suffisante ; — version ; — enfant mort ; — femme guérie.

91. 26 juin 1879 : L. ; — 17 ans ; — 1pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet ; — tampon, à la dilatation comme 1 franc, reste appliqué 4 heures ; — rupture artificielle des membranes à la dilatation comme la paume de la main ; — accouchement spontané 3/4 d'heure après ; — enfant mort ; — femme vivante.

92. 15 avril 1880 : T. ; — 6pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation de l'épaule ; — version par manœuvres externes ; — rupture des membranes à la dilatation complète ; — la tête n'appuie pas franchement sur l'orifice ; — on va chercher les pieds et on extrait un fœtus vivant ; — femme guérie.

93. 27 mars 1880 : P. ; — 34 ans ; — 11pare ; — grossesse

de sept mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — à la dilatation complète, l'hémorrhagie augmente, les membranes se rompent; — version; — enfant vivant; — mère guérie.

94. 17 avril 1880 : H.; — 27 ans; — 3pare; — grossesse de ?; — placenta prævia central; — présentation du sommet; — arrive à la Maternité perdant du sang; — dilatation comme 5 fr.; — l'hémorrhagie s'arrête; — on rompt les membranes; — accouchement spontané; — enfant mort; — femme morte (albuminurie).

95. 31 août 1880 : B.; — 28 ans; — 2pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — tampon; — rupture spontanée des membranes; — femme accouche du tampon et de l'enfant mort; — mère guérie.

96. 21 janvier 1881 : D. —; 7pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — rupture artificielle des membranes; — le sommet s'abaisse; — accouchement spontané 1 heure après; — enfant vivant; — mère vivante.

97. 4 juillet 1881 : R.; — mpare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet en O.I.D. P.; — tampon avant début du travail; — on le retire imbibé au bout de 4 heures 30; — dilatation complète; — accouchement spontané quelques instants après; — enfant vivant; — mère vivante.

98. 14 août 1881 : R.; — mpare; — grossesse de sept mois et demi; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — on rompt les membranes au début du travail; — l'hémorrhagie continue; — version; — extraction d'un enfant vivant; — femme morte de péritonite, sept jours après l'accouchement.

99. 1er septembre 1881 : L. ; — mpare ; — terme ? ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — arrivée à la Maternité à la dilatation grande comme la paume de la main ; — version ; — enfant vivant ; — mère vivante.

100. 23 octobre 1881 : S. ; — mpare ; — grossesse de sept mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet O. I. G. A. ; — les membranes se rompent à la dilatation comme la paume de la main ; — accouchement spontané quelques minutes après ; — enfant vivant ; — mère guérie.

101. 24 décembre 1881 : C. ; — 6pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — perte abondante à l'entrée à la Maternité ; — à la dilatation comme la paume de la main, on décolle une partie du placenta pour faire la version ; — enfant mort ; — femme guérie.

102. 25 février 1882 : H. ; — 3pare ; — grossesse de six mois et demi ; — placenta prævia central ; — présentation du siège ; — tampon appliqué avant le début du travail ; — expulsé 2 heures 40 après ; — dilatation complète ; — accouchement spontané ; — enfant mort ; — 2 heures après la délivrance, hémorrhagie dont la source est au niveau du vagin et qu'on arrête en appliquant un tampon d'agaric ; — mère guérie.

103. 25 février 1882 : B. ; — primipare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet ; — arrivée en travail à la Maternité, perdant du sang ; — la dilatation étant comme 5 francs, on rompt les membranes ; — accouchement spontané 2 heures après ; — enfant vivant ; — mère guérie.

104. 17 mars 1882 : R. ; — 4pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia central ; — présentation du sommet ; — tamponnement incomplet en ville ; — la malade est apportée exsangue à la Maternité ; — dilatation suffisante pour faire la version ; — légère hémorrhagie de la délivrance,

combattue par compression de l'aorte et injection intra-utérine d'une solution de perchlorure de fer, emportant la femme au bout de 2 heures 30 ; — enfant mort.

105. 19 mars 1882 : M. ; — 8pare : — grossesse de huit mois et demi ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet O. I. D P. ; — tampon appliqué avant le début du travail ; — retiré au bout de 36 heures sans modifications du côté du col ; — au bout de six jours, le travail se déclare ; — hémorrhagie ; — tampon : 20 bourdonnets de charpie dans le fond du vagin ; — pessaire Gariel appliqué par-dessus ; — au bout de 2 heures, on le retire ; — dilatation comme la paume de la main ; — version ; — enfant vivant ; — mère guérie.

106. 23 mars 1882 ; R. ; — mpare ; — grossesse de huit mois et demi ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet ; — arrive en travail ; — ergot de seigle donné en ville ; — on décolle artificiellement tout ce qu'on peut atteindre du placenta ; — le sommet vient appuyer sur l'orifice ; — accouchement spontané ; — enfant mort (avant l'entrée de la malade) ; — mère guérie.

107. 30 avril 1882 : F. ; — 4pare ; — grossesse de sept mois et demi ; — placenta prævia partiel ; — présentation du siège ; — rupture spontanée des membranes ; — accouchement spontané rapide ; — faible hémorrhagie ; — enfant vivant ; — mère guérie.

108. 14 juin 1882 : D. ; — 7pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation de l'épaule ; — hémorrhagie faible à l'entrée à l'hôpital ; — tamponnement avant le travail, maintenu par un ballon en caoutchouc ; — expulsion spontanée 8 heures 30 après ; — l'orifice est un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs ; — nouvelle hémorrhagie abondante ; — version ; — enfant vivant ; — mère guérie.

109. 1er juillet 1882 : J. ; — 23 ans ; — 2pare ; grossesse

de neuf mois; — placenta prævia marginal; — présentation de l'épaule droite en A. I. D.; — arrivée en travail; — on rompt les membranes à la dilatation complète (hydramnios); — version; — enfant vivant; — mère guérie.

110. 6 août 1882 : H.; — 1pare; — grossesse de huit mois — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — hémorrhagie; — tampon pendant 4 heures; — on le retire imbibé; — rupture spontanée des membranes; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

111. 3 septembre 1882 : H.; — 4pare; — grossesse de sept mois et demi; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — hémorrhagie abondante; — tampon pendant 8 heures; — rupture spontanée des membranes — tampon retiré à la dilatation complète; — accouchement spontané; — enfant vivant; — mère guérie.

112. 15 octobre 1882 : B.; — 5pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — tampon appliqué en ville; — on retire le tampon à la Maternité; — on trouve une dilatation comme la paume de la main; — version; — enfant vivant; — mère guérie.

113. 29 octobre 1882 : H.; — 8pare; — grossesse de huit mois et une semaine; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet O. I. G. A.; — arrive à la Maternité; — dilatation comme 5 francs; — version; — enfant mort; — délivrance artificielle; — femme guérie.

114. 25 décembre 1882 : R.; — 2pare; — grossesse de sept mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet O. I. G. A.; — rupture spontanée des membranes à la dilatation comme 5 francs; — travail rapide; — procidence du cordon; — accouchement spontané; — enfant mort; — mère guérie.

115. 4 janvier 1883 : R.; — 3pare; — grossesse de huit

mois et demi; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — tampon au début du travail; — quand on le retire, dilatation complète; — version; — hémorrhagie; — état syncopal; — transfusion; — enfant mort; — mère guérie.

116. 15 mai 1883 : L.; — grossesse terme? ; — placenta prævia partiel; — présentation du siège complet; — tampon avant le début du travail pendant 9 heures; — on le retire, imbibé, l'hémorrhagie se reproduit; — deuxième tampon pendant 9 heures 30; — on le retire; — on rompt les membranes; dilatation complète; — extraction d'un enfant vivant; — femme guérie.

117. 16 juin 1883 : C.; — 1 pare; — grossesse de huit mois; — placenta prævia latéral; — présentation du sommet en O. I. D. P.; — hémorrhagie abondante; — tampon; — on le retire imbibé au bout de 3 heures; — deuxième tampon, bientôt remplacé par l'appareil élytro-ptérygoïde de Chassagny; — chassé 4 heures après; — on le réapplique; — on le retire 8 heures après son application; — on rompt les membranes à la dilatation complète; — accouchement spontané d'un fœtus mort; — mère guérie.

118. 8 août 1883 : B.; — 5pare; — grossesse de neuf mois; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — les membranes se rompent spontanément avant le début du travail; — procidence du cordon pendant la dilatation; — rétropulsion; — accouchement spontané d'un enfant mort; — hémorrhagie; — délivrance artificielle; — mère guérie.

119. 16 août 1883 : N.; — 9pare; — grossesse de sept mois et demi; — placenta prævia central; — présentation du siège complet; — à son arrivée à la Maternité, on trouve le placenta hors la vulve; — elle avait été en travail, mais le col était reformé; — la partie fœtale presque inaccessible; — contractions recommencent; — accouchement spontané; —

enfant mort ; — mère guérie.

120. 1er septembre 1883 : B. ; — mpare ; — grossesse de six mois ; — placenta prævia central ; — présentation du sommet ; — tampon insuffisant appliqué en ville ; — dilatation complète à l'arrivée à la Maternité ; — on rompt les membranes ; — expulsion spontanée d'un enfant mort ; — mère guérie.

121. 4 octobre 1883 : C. ; — 8pare ; — grossesse de six mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet O. I. G. A. ; — arrive à la Maternité, orifice dilaté comme 2 francs ; — on applique le double ballon de Chassagny ; — dilatation rapide ; — on rompt les membranes ; — accouchement spontané ; — enfant mort, macéré ; — mère guérie.

122. 12 novembre 1883 : L. ; — 13 pare ; — grossesse de huit mois ; — placenta prævia partiel ; — présentation du siège complet S. I. G. A. ; — arrive à la Maternité, dilatation comme 2 francs ; — membranes rompues ; — on engage les membres inférieurs dans l'orifice ; — quelques instants après, extraction d'un enfant vivant ; — hémorrhagie de la délivrance due à une lésion du col ; — tampon d'agaric ; — hémostase ; — mère guérie.

123. 24 février 1884 : V. ; — 32 ans ; — 1pare ; — grossesse de neuf mois ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet en O. I. D. P. ; — tampon pendant 9 heures ; — rupture spontanée des membranes ; — on retire le tampon ; — dilatation grande comme 1 franc ; — le sommet s'abaisse ; — hémorrhagie cesse ; — accouchement spontané ; — enfant mort ; — mère guérie.

124. 6 mars 1884 : C. ; — 38 ans ; — 2pare ; — grossesse de sept mois et demi ; — placenta prævia variété ? — présentation du sommet ; — perte abondante en arrivant à la Maternité ; — col long, ouvert dans toute son étendue ; — tampon 18 heures ; — on le retire ; — nouvelle hémorrhagie ; — 2e tampon ; — on le retire ; — col dans le même état ; —

escharres du vagin ; — le lendemain, l'hémorrhagie recommence ; — on applique le double ballon de Chassagny ; — contractions énergiques ; — quand on retire l'appareil, dilatation comme 5 francs ; — orifice souple ; — on rompt les membranes ; — version ; — enfant vivant ; — délivrance artificielle ; — mère guérie.

125. 6 juin 1884 : C. ; 31 ans ; — 4pare ; — grossesse de six mois et demi ; — placenta prævia marginal ; — présentation du sommet en O. I. D. A. ; — légère hémorrhagie au début du travail ; — rupture spontanée des membranes à la dilatation grande comme la paume de la main ; — accouchement spontané ; — enfant vivant ; — mère guérie.

126. 7 juin 1884 : C. ; — 33 ans ; — grossesse de sept mois et une semaine ; — placenta prævia central ; — présentation de l'épaule droite en A. I. D. ; — tampon appliqué en ville avant le travail ; — à l'arrivée à la Maternité, nouvelle hémorrhagie ; — nouveau tampon pendant 8 heures ; — quand on le retire, l'hémorrhagie recommence ; — on applique le double ballon Chassagny, chassé au bout de 30 minutes ; — orifice grand comme la paume de la main ; — version ; — extraction d'un enfant mort ; — femme meurt de septicémie.

127. 28 juillet 1884 : D. ; — 34 ans ; — 4 pare ; — grossesse de sept mois et demi ; — placenta prævia central ; — présentation du sommet ; — hémorrhagie à l'arrivée à la Maternité ; — tampon laissé 1 heure ; — 3 heures après, nouvelle hémorrhagie ; — nouveau tampon ; — travail commencé ; — 11 heures après, on retire le tampon et on applique le double ballon de Chassagny ; — contractions énergiques qui chassent le ballon ; — dilatation comme la paume de la main ; — expulsion spontanée d'un enfant mort macéré ; — mère guérie.

128. 5 août 1884 : B. ; — 38 ans ; — 7pare ; — grossesse de huit mois et demi ; — placenta prævia partiel ; — présenta-

tion?; — hémorrhagie considérable au début du travail; — on applique le double ballon de Chassagny; — hémostase; — dilatation rapide; — version; — enfant mort; — femme meurt peu après, anémiée.

129. 11 août 1884 : B.; — 25 ans; — 2pare; — grossesse de huit mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet en O. I. G. A.; — hémorrhagie au début du travail, se continuant pendant toute la dilatation; — quand l'orifice est grand comme la paume de la main, on rompt les membranes; — version; — extraction d'un enfant vivant; — mère guérie.

130. 10 septembre 1884 : G.; — 18 ans 1/2; — grossesse de cinq mois et demi; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet; — hémorrhagie légère pendant la dilatation qui se fait lentement; — rupture spontanée des membranes; — la dilatation complète; — expulsion d'un enfant vivant qui meurt quelques instants après; — mère guérie.

131. 8 décembre 1884 : M.; — 25 ans; — ımpare; — grossesse de cinq mois et demi; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — à son arrivée à la Maternité, cette femme perd du sang; — on essaie en vain d'arrêter l'avortement; — l'hémorrhagie continue; — on fait une injection vaginale très chaude qui arrête l'écoulement sanguin; — la dilatation se complète; — l'avortement a lieu; — fœtus mort; — mère guérie.

132. 4 janvier 1885 : L.; — 4pare; — grossesse à terme; — hémorrhagies fin grossesse; — placenta prævia, variété centrale; — présentation du siège complet S. I. G. A.; — application du tampon le 4 janvier, à 10 heures du soir, la femme étant en travail; — expulsé le 5 janvier à 8 heures 50 du matin; — dilatation comme une pièce de cinq francs; — col dilatable; — enfant mort; — perforation du placenta; — extraction d'un fœtus de 3.070 grammes; — délivrance naturelle; — mère guérie.

133. 4 janvier 1885 : L.; — 1 pare ; — 33 ans ; — grossesse de huit mois ; — amenée à la Maternité pour hémorrhagie; — placenta prævial partiel ; — présentation du sommet O. I. G. A. ; — enfant mort ; — albuminurie intense ; — application du tampon avant le début du travail ; — début du travail 3 heures 30 après ; — rupture spontanée des membranes; — on enlève le tampon à dilatation grande comme 5 francs ; — dilatation complète 3 heures après ; — expulsion spontanée ; — délivrance artificielle 1/4 d'heure après; — mort de la malade causée par urémie.

134. 6 mars 1885 : G.; — 1 pare ; — six mois et demi de grossesse ; — légère hémorrhagie ; — placenta prævia, variété? ; — menace d'accouchement prématuré ; — enfant vivant ; — traitement repos ; — 7 jours après, le travail se déclare ; — présentation de l'épaule ; — rupture spontanée des membranes ; — version à dilatation complète ; — délivrance normale ; — enfant mort depuis quelques jours ; — mère guérie.

135. 8 avril 1885 : C.; — mpare ; — à terme ; — hémorrhagie considérable au moment de l'entrée ; — placenta prævia partiel ; — présentation épaule droite A. I. D. ; — tamponnement 2 heures 15 soir, pendant le travail ; — tampon imbibé à 5 heures et retiré ; — version à 5 heures 20 ; — enfant mort 2.750 grammes ; — délivrance naturelle ; — mère guérie.

136. 24 mai 1885 : R.; — 10pare ; — grossesse de sept mois ; — hémorrhagie depuis deux jours ; — placenta prævia partiel ; — présentation ? ; — tamponnement incomplet fait en ville ; — tampon retiré, remplacé par le double ballon de Chassagny, ce ballon bientôt expulsé ; — dilatation grande comme 5 francs ; — hémorrhagie revient ; — orifice bientôt complètement dilatable ; — version ; — extraction d'un enfant mort 1.550 grammes ; — délivrance naturelle ; — mère guérie.

137. 28 mai 1885 : G.; — 1pare ; — grossesse de sept mois ; — hémorrhagie et accouchement prématuré ; — placenta prævia marginal ? ; — présentation du sommet O. I. G. A. ; — rupture artificielle des membranes à dilatation étant comme 2 francs ; — tête fait tampon et hémostase ; — accouchement spontané ; — enfant mort 1.800 grammes ; — délivrance naturelle ; — mère guérie.

138. 17 juin 1885 : D.; — 3pare ; — grossesse à terme ; — plusieurs hémorrhagies pendant la grossesse ; — placenta prævia partiel ; — présentation de l'épaule ; — rupture spontanée des membranes une heure avant le début du travail ; — pas d'hémorrhagie ; — version à dilatation complète ; — extraction d'un enfant mort de 2.950 grammes ; — délivrance naturelle ; — mère guérie.

139. 25 juillet 1885 : B.; — 4pare ; — grossesse de six mois et demi ; — hémorrhagie arrêtée par injection d'eau chaude ; — placenta prævia central ; — présentation du sommet ; — le lendemain, hémorrhagie reparaît ; — tampon pendant le travail accélère contractions ; — imbibé et retiré au bout d'une heure ; — décollement du placenta à l'aide de la main ; — pénétration par son bord ; — version ; — extraction d'un enfant mort 1.900 grammes ; — délivrance naturelle ; — femme guérie.

140. 9 août 1885 : D.; — 29 ans ; — 5pare ; — grossesse près du terme ; — hémorrhagie qui l'amène à l'hôpital ; — placenta prævia latéral ; — présentation du sommet O. I. G. A. ; — injections d'eau chaude qui eurent une action hémostatique momentanée ; — début du travail 10 août, 9 heures 30 soir ; — à 11 heures 30, dilatation comme 5 francs ; — rupture artificielle des membranes ; — arrêt de l'hémorrhagie 1/4 d'heure après ; — accouchement spontané ; — enfant vivant 4.100 grammes ; — délivrance naturelle ; — mère guérie.

141. 14 septembre 1885 : H.; — 36 ans ; — 6pare ; — gros-

sesse huit mois et demi; — hémorrhagie au moment de l'entrée de la malade, arrêtée à plusieurs reprises par des injections d'eau chaude; — placenta prævia latéral? ; — présentation du siège complet S. I. G. A.; — rupture spontanée des membranes à dilatation complète; — accouchement spontané sauf l'extraction de la tête; — enfant vivant 2.800 grammes; — délivrance naturelle; — mère gué rie.

142. 11 octobre 1885 : H.; — 11pare; — grossesse à terme; — hémorrhagie pendant la grossesse traitée en ville par cinq doses d'ergot de seigle et la rupture artificielle des membranes; — arrivée à l'hôpital sur ces entrefaites; — placenta prævia partiel; — présentation du sommet en O. I. D. P.; — léger rétrécissement du bassin (angle accessible); — à son arrivée à la Maternité, dilatation comme une pièce de 5 francs; — écoulement fétide; — injections d'eau chaude; — à la dilatation complète, la malade pâlit sans trace d'écoulement sanguin au dehors; — on suppose une hémorrhagie interne; — trois applications infructueuses de forceps; — version pénible; — extraction d'un fœtus mort 3.900 grammes, suivie de l'expulsion de plusieurs caillots; — délivrance?; — placenta présentant des traces de putréfaction; — mort de la femme quelques instants après.

143. 13 novembre 1885 : P.; — 4pare; — grossesse de?; hémorrhagie au moment de l'entrée, combattue par des injections chaudes; — placenta prævia marginal; — présentation?; — le 14, à 1 heure du soir, application du tampon après le début du travail; — contractions énergiques; — tampon imbibé à 6 heures 55 soir; — on enlève tampon; — orifice comme une pièce de 5 francs, dilatable; — version; — extraction d'un enfant mort; — poids 2.250 grammes; (rupture des membranes?); — délivrance naturelle; — mère guérie.

144. 11 décembre 1885 : N.; — 11pare; — grossesse de huit mois une semaine; — pas d'hémorrhagie; — placenta prævia marginal; — présentation du sommet; — fœtus mort à l'en-

trée à l'hôpital ; — accouchement spontané le 22 décembre ; — enfant macéré 1.150 grammes ; — rupture des membranes ? ; — délivrance naturelle ; — mère guérie.

145. 26 décembre 1885 : B. ; — 6pare ; — grossesse à terme ; — plusieurs hémorrhagies avant l'entrée à l'hôpital ; — début du travail 25 décembre ; — tampon incomplet en ville ; — entrée à la Maternité 26 décembre, à 1 heure 50 du soir ; — placenta prævia partiel ; — présentation du sommet en O. I. D. A. ; — à 4 heures, dilatation comme 2 francs ; — quand la dilatation est suffisante, on rompt les membranes et on fait la version ; — enfant vivant ; — délivrance naturelle ; — mère guérie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Cet index comprend les principales publications parues sur le placenta prævia, de 1882 jusqu'en mars 1886.

Pour les publications antérieures, consulter :

1° Jusqu'en 1877 : Ludwig Müller. *Placenta prævia.* Stuttgart 1877.

2° Jusqu'en 1880 : Paul Bitot. *Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta.* Thèse, Paris, 1880.

3° Jusqu'en 1882 : E. Pluyette. *Aperçu historique sur l'insertion vicieuse du placenta.* Thèse, Paris, 1883.

1882

Baker (R.-I.). — The delivery of the plac. *Ind. med. Gaz. Calcutta*, XVII, 95.

Cazzani (L.). — Caso di plac. incompletamente prævia e morbosomente adesa. *Ann. univ. de Med. Milano*, CCLXI, 289-306.

Chassagny. — Appareil élytro-ptérygoïde dilat. du col, hémostase, ocytocie. Paris, 1882.

Depaul. — Hém. par ins. vic. du plac., enf. mort. *J. des S.-femmes*, X, 49.

Depaul. — Hém. par ins. vic. du plac. *J. des S.-femmes.* Paris, X, 105.

Depaul. — Ins. du plac. sur seg. infér. de la mat., hémorrh. au neuvième mois. *J. des S.-femmes*, X, 121-123.

Dieterlen. — Deux observ. de plac. præv. *Bul. Soc. clin. de Paris*, V, 144-150.

Gœthals. — Ins. centrale du plac. sur le col hém. ut. vers. podalique, enfant mort depuis vingt-quatre heures, thrombus de l'art. pulmonaire. Mort subite. *J. des S.-femmes*, Paris, X, 107.

Gueniot. — Dystocie par cloisonnement trans. du vagin. *Soc. de chir.*, 24 mai.

Hall (R.-W.). — Case of plac. præv. *Trans. med. Soc. W. Virg.*, 14-15, sess. 1881-82, Wheeling, 1882, 780-782.

Hickinbotham (J.). — Notes on a case of plac. præv. complicated by a large myoma. *Tr. obst. Soc. Lond.*, XXIII, 167-170.

Hofmier. — Zur Behandlung der plac. præv. *Zeitsch. f. geburtsk und Gynæk.* Stuttgart, VIII, 89-101.

Ingerslew (E.). — On plac. præv. Hosp. Tid. Kjobenh, 1881-2, R, VIII, 921-941 -964-981-1001-1021.

March. — Hémorragia in la segunda mitad del embarazo. Plac. præv. muersta del fœto. *Independ. med. Barcel.*, 1881-2, XVII, 182-184.

Mundé. — A case of plac. præv. with double plac. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1882, XV, 629-633.

Pilat. — Ins. marg. du plac. sur le col de l'ut. Hém. avant et après le travail. App. forceps. *Bull. méd. Nord.* Lille, 1882, XXI, 173-178.

Polaillon. — Malform. ut., causes d'insert. vic. du plac. *Soc. de chir.*, 31 mai.

Pulido y Fernandez (A.). — Dystocia fœtal. Incercion viciosa de la plac. Prés. de tronco; version podalica muerte a los seis deas. *Segl. medico Madrid*, 1881, XXVIII, p. 533-568-602, et *An de obst. ginep. y pediat Madrid*, 1881, 2 ép., 1-331-340.

Turgard. — Ins. marg. du plac. sur le col de l'ut. Hém. pendant et après le trav. App. forceps. *J. des S.-femmes*. Paris, X, 98.

Valade (J.-J.). — Plac. præv. *Detroit clin.*, 1882, I, 285.

Wiltshire (A.). — Specimen of utero-vaginal rupture. Plac. præv. multiple fibroid with deformed fœtus, so called cretinoid. *Tr. obst. Soc. Lond.*, 1882, XXIII, 163.

Wolozyntki. — Ueber Anwachsung der Plac. und der Eihaute. *Cent. f. Gynæk.* Leipz , 1882, VI, 337-340.

1883

Anderson (S.). — Et. ulfalde af plac. præv. totalis. *Hosp. Tid. Kjobenh.*, 1883, 3 R. I, 224-226.

Balfour (J.). — Plac. præv. *Edimb. m. J.*, 1882-83, XXVIII, 424.

Behm (C.). — Du Combinizte Wendung bei plac. præv. *Zeits. f. Geburt. und Gynæk.*, 1883, IX, 373-419.

Bernardy (E.-P.). — Plac. præv. with twin pregnancy. *Med. and surg. Reporter Philad.*, 1883, 60.

Booth — Two cases of plac. præv. *Brit. med. J. London*, 1883, I, 810.

Boyd (J.-P.). — A contribution to the study of plac. præv. *Med. Ann. Albany*, 1883, IV, 217-225.

Breisky. — Ueber Therap. der Plac. præv. *Mitth. d. Ver. d Aerzte in med. Œst. Wien.*, 1883, IX, 181-185.

Chambers (T.). — Brief observations of plac. præv. with a few cases. *Austral. med. Gaz. Sydney*, 1883, X, 210-237.

Chase (L.). — Plac. præv. *Louisville med. News*, 1883, XV. 268.

Davies (D.-G.) — Plac. præv. oz. two cases of centrally implanted placentas in succession. *J. Am. m. Assoc. Chicago*, 1883, I, 303-305.

Depaul. — Ins. vic. du plac. Rupture des membranes. Tamp. Expuls. simultanée du tampon, du plac. et de l'œuf. *Journ. des S.-femmes*, P., 1883, XIII, 337.

Depaul. — Ins. vic. du plac. Hémorrh., lenteur du travail, mort de l'enfant. *Gaz. Hôp.* Paris, 1883, 530.

Elder (W.-R.). — Plac. præv. report of cases with remarks. *S. Louis clin. Rev.*, 1883, VII, 201-206.

Gallaher (T.-J.). — A case of plac. præv. *Pittsburg m. J.*, III, 10.

Haight. — Plac. præv. complicated with septicemia. *Obst. Gaz. cincinn*, 1883, VI, 175-177.

Halsey (F.-W.). — A case of plac. præv. associated with laceration of cervix uteri and perineum. *Hahnemunn, Montly.* Philadelphia, 1882-83, V, 29-33.

Hinding. — Plac. præv. totalis do Tilfœlde hos en kvinde (L. et Aazs) *Ugesk f. læger Ryoblink.* 1882-84, R VI, 117.

Jewett (C.). — Plac. præv. in situ. *Proc. m. soc. county Kings-Brooklyn*, 1883-84, VIII, 84.

Klotz (H.). — Beitrag zur therapie der Blutungen um Nachgeburtastdium nach plac. præv. *Wien. med. Wochens.*, 1882, XXXII, 1529. 1531.

Lacaille. — De l'ins. du plac. dans ses rapports avec la durée de la gross., l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. Paris, 1883, n° 97.

Partridge (E.-L.). — On some points in the management of plac. præv. with notes of four cases. *New-York m. J.*, 1882, XXXVI, 569-576.

Pilat. — Ins. vic du plac. (centre pour centre) pres. pelvienne en S. I. D. A. Enf. vivant ayant six m. et demi de terme. *J. des S.-femmes*. Paris, 1882, X, 179.

Priestley (J.-T.). — Plac. præv. complications and death. *Iowa state m. reporter des Moines*, 1883, I, 22.

Smith (C.). — Plac. præv. *Med. and. surg. reporter Philadelph.*, 1883, 29-35.

Sloan (S.). — Case of plac. præv. *Glasgow. med. J.*, 1883, XX, 387,

Thompson (H.). — Plac. præv. fœtus and plac. mummified. *But. med. J. London*, 1882, I, 1296.

Tramer (D.). — Beitrag zur therapie der plac. præv. *Cor. Bl. f. Schweiz Aerzte Basel*, 1883, XIII, 395-417.

Trush. — Two cases of plac. præv. *Obs. Gaz. cincinn*, 1883, VI 178-190.

1884

Ahlfeld (F.). — Zur Anatomie der plac. die Schulltze Falte. *In his Bericht und Arbeit a. d. geburt gynæk. Klinik zu Giesen*, 1881, 2 8° Leipzig, 1883, 21.

Christian (E.-P.). — A contribution to the litterature of plac. præv. with a history of eight cases. *Tr. mich m. Soc. Lansing*, 1884, VIII, 539-551.

Christian (E.-P.). — A contribution to the litterature of plac. præv. with a history of eight cases. *Med. Rec. N.-Y.*, 1884, XXVI. 89-92.

De Cortejarena (F.). — Plac. præv. provocacion del parto; operacion de version, puerperio grave; pelvicellutis, curacion, consideraciones acerca de este casa y de con aspirador fabricado en Napoles que exister en la Facultad de Med. de Madrid may anterior il que hoy se usa. *An. r. Acad. de Med. Madrid,* 1883-84, V, 379-384.

Daprey. — Gross. gemell., accouchem. prématuré naturel, phlegmatia alba dolens. Guérison. *Gaz. Hôp.* Paris, 1884, 564.

Denby (T.). — Ante partum hemorrhage. *Student's J ant. hosp. Gaz. London,* 1884, XII, 249-260.

Forster (E.-J.). — A case of plac. præv. mother and chil living. *Bost. m. a. S. J.,* 1884, CXI, 126.

Frascani (V.). — Sopra in casa di plac. bilobata præv. *Ann. de ostet. Milano,* 1884, VI, 94-96.

Gautier (L.). — De la version combinée par manœuvres externes (proc. de Braxton-Hicks dans l'ins. vic. du plac) *Revue critique de la Rev. méd. Suisse Romande.* Genève, 1884, IV, 331-343.

Gonzalès-Avila (J.). — Parto doble; incersion cervical de una placenta; perforacion de este organo por la cabeza de uno de los fœtos, hemorragia, curacion. *Gaz. med. de Graneda,* 1884, II, 48-50.

Jones (W.-T.). — A case of plac. præv. *Tr. South cor. m. Ass., Charleston,* 1884, 59.

Jùngblüth (H.). — Zur behandlung des plac. præv. *Samm. klin. vort,* n° 235, Leipz., 1883 (*Gynæk.*, n° 64, 1679-1698).

Macdonald (K.-N.). — Plac. præv. its pathology and treatment with some practical remarks on the operation of turning. *Edimb. m. J.* 1884, 5, XXX, 120-125.

Maşote Arroyo. — Parto distocio por insercion viciosa de la plac. *Gaz. med. Catal Barcelo,* 1884, VII, 387-393.

Murphy (J.). — Remarks on the treatment of plac. præv. *Brit., med. London J.,* 1884, I. 215-217.

Millard (W.-M.). — Case of plac. præv. with fibroid of the uterus. turning, probable rupture of the uterus; peritonitis and death *Edimb. m. J.,* 1884-85, XXX, 436-438.

O. Connel (M.-D.). — Plac. præv. unavoidable hœmorrh. *Indian m. Gaz. Calcutta,* 1884, XIX, 116.

O. Kustner. — Die Anatomie und Bedeutung der placenta marginata. *Tageblatt d. versam deuts. Naturf. und Aerzte Magdeburg,* 1884, 232-236.

Ortigosa (A.). — Doble plac. præv. hemorrh. doble des predimiento placentario; doble vercion, podalica; fœtos muertos; curacion de la madre. *Progress Ginec. Valencia*, 1884, 36-41.

Pajot. — Prés. du tronc. Rétréciss. du bassin. Ins. du plac. sur le segment inf. Rupture de la matrice et du vagin. *J. des S.-femmes*, Paris, 1884, VI, 9.-11.

Pajot. — Bassin vicié, Plac. præv. Présent. transversale du fœtus; tentatives inconsidérées faites en ville pour l'extraction; rupture du vagin et de l'ut. Vers. pratiquée à la Clin. d'accouchements. Guérison. *Ann de Gyn.*, 1884, XXI, 195-217.

Pasquier (fils). — Ins. vic. du plac. Hémorrh répétées au 9e mois de la gross. Version podalique. Transfusion. Guérison. *Gaz. méd. de Nantes*, 1883-84, II, 107.

Schalkhaüser (F.). — Fall von plac. præv. centralis accreta mit querlage des kindes. *Aerzte intelligenzblatt München*, 1884, XXXI, 229.

Smith (J.). — Brief observations the early and forcible dilatation of the os uteri as a more successful method of treatment in plac. præv. illustrated by an unique case at wich Drs. Kevin and J.-C. Smyth assisted. *Dublin J. m. Sci*, 1884, 83-85.

Sweringen (H.-V.) — A case of plac. præv. *Cincinn Lancet a. Clinic*, 1884, XIII, 311.

Swayne (J.-G.). — A Record of twenty one cases of plac. præv. *Bristol med. chir. J.*, 1883, I, 166-172.

Thurstan (E.-P.). — A case of plac. præv. with little hémorrhage *Brit. m. J. Lond.*, 1884, II, 759.

Taylor (W.-T.). — Partial plac. præv. *Med. News Philad.*, 1884, 1852.

Trush. — A case of plac. præv. centralis. *Obst. Gaz. Cincinn.*, 1884, VII, 129-136.

Warren (S.-P.). — A successfül case of plac. lateralis. *N.-York m. J.*, 1883, XXXVIII, 599-601.

Webb (R.-D.). — Plac. præv. in its relation to invoidable hemorrhage. *Tr. m. Assoc. Alabama Montgomery*, 1884, XXXVI, 642-656.

1885

Ahlfeld. — Ueber lebensgefahrlich blütungen aus der gebär-

mutterhöhle bei anwendung der krause'shen methode, 105-109 *Bericht u. arb. a. d. geburtsk. Gynæk. Klinik zu Marburg*, in-8°. Leipzig, 1885, II, 55.

Albert. — Quatre observ. d'ins. compl. du plac. sur le col utérin. *Rev. méd. de Toulouse*, 1885, XIX, 193-212.

Auvard. — *Semaine médicale*, 8 avril.

Barnes (R.). — The physiology and management of plac. præv. *Med. Press. et Circ. London*, 1885, 299.

Charles (N.). — Multip. à 8 mois 1/2 de sa huitième gross. Ins. centr. du plac., hémorr., tamp., version podaliq. et extraction. Enf. vivant. Mort subite de la mère une heure après accouch. *J. d'accouch. Liége*, 1884, 297-299.

Daprey (E.). — Gravidanza gémellare inserzione viziosa d'una plac. unica anomala. flemmasia alba dolens; guarigione. *Bull. de Clin., Napoli*, 1884, I, 285.

Delgado Alba (F.). — Plac. præv. incompleta presentacion de tronco, version y fiebvre septicemia subsigmente, terminacion par la completa curacion. *Ann. de obst. ginepat. y pediat. Madrid*, 1884, 321-325.

Dethlefsen (C.-A.). — Et ulfœlde af plac. præv. totalis. *Ugesk f. lager. Kyobenh*, 1885, XII, 123.

Edwards (E.-G.). — Plac. præv. *Canad. Pract. Toronto*, 1885, X, 257-260.

Edwards (E.-G.). — Plac. præv. *Med. Age Detroct*, 1885, 409-411.

Grammer (J.). — (Hysterical simulation of labor and spontaneous version in plac. præv. *Virginia m. Month. Richmond*, 1884-85, XI. 464-468.

Hall (J.-N.). — Combined version (by internal and external manipulation) in plac. præv. with report of a case. *Bost. med and surg. J.*, 1885, 153.

Hicks (J.-B.). — The treatment of plac. præv. *Med. Press. and circ. London*, 1885, 223.

James (W.-A.). — A case of plac. præv. and its sequelæ. *Peoria m. Month*, 1885-86, 315-320.

Kempf (E.-J.). — A case of plac. præv. *Louisville. m. News*, 1885, XIX, 131.

Lévy (E.). — Des hémorrh. dues à l'insert. vic. du plac. avant les trois derniers mois de la gross. *Revue méd. de l'Est.* Nancy, 1885, XVII, 145-152.

Lindwall. — Plac. præv. kolpeurysis, wandning och extracsion. *Hygiæa Stokolm*, 1885, 365-367.

Lomer (R.). — On combined turning on the treatment of plac. præv. *Ann. J. Obst. N.-Y.*, 1884, XVII, 1233-1260.

Orellano (M.). — Tratamiento de la plac. præv. *Progreso ginec. Valencia*, 1884-85, I, 322-337, 353-369.

Millard (W.-W.). — Case of plac. præv. with fibroid of the uterus, turning, probable rupture of uterus, peritonitis and death. *Tr. Edrub. obst. Societ.*, 1883-84, IX, 186-188.

Murphry (J.). — The treatment of plac. præv. *Med. Press et circ London*, 1885, 179-205.

Parham (F.-W.). — Plac. præv. complicated by organic rigidity of the os, death. *Newore m. et s. Journ.*, 1885-86, 279-284.

Pilat. — Ins. partiel. des plac. sur le col de l'ut. dans la zone dangereuse. Tamp., accouch. d'un enfant de 6 mois de terme. Guérison de la mère. *J. des S.-femmes*, 1885, 345.

M. Lean (M.). — The management of plac. præv. an improved method by with to complete the first stage of labor in such cases. *Med. Rec. N.-Y.*, 1885, XXVII, 415-417.

Sippel (A.). — Zur Behandlung der plac. præv. *Centr. f. Gyn.*, 1884, 763-769.

Strachan (B.). — Plac. præv. lateralis. *Brit. med. J. London*, 1885, II, 698.

Thurstan (E.-P.) — A case of plac. præv. vith little hemorrhage. *Brit. med. J. London*, 1884, II, 759.

Truzzi (E.). — Tamponamento o versione combinata nei casi di plac. præv. *Gaz. med. ital. Lomb. Milano*, 1885, 437-451.

Walther (A.). — Zur aseptischen tamponade des cervix bei plac. præv. *Centr. f. Gyn.*, 1885, 215-217.

Whitman (R.). — A case of plac. præv. delivery by version. *Bost m. and. s. Journ.*, 1885, CXII, 59.

1886

Archibald (H.-C.). — A case of placenta prævia treated by tampon and version. *Med. and. surg. Reporter Philad.*, 1885. 718.

Bolzoni (G.). — Placenta prævia centrale trattata con la versione bipolare e l'aspettazione. *Riv. Veneta di se medie.* Venezia, 1885, III, 19-28.

Easley (W.-T.) — Crédé's operation in a case of placenta prævia. *Saint-Louis medic. et surg. J.*, 1885, 279.

Lomer (R.). — Della versione combinata dal trattamento della placenta prævia trad. letteraria, di Guilio Kirch. Milano, 1885, P. Agnellit.

Twitchell (H.-F.). — A case of placenta prævia with its apparent cause and a peculiar complication of the third stage of labor. *Tr. Maine m. Assoc. Portland*, 1885, 523-526.

TABLE

DEUXIÈME SECTION. — *Exposé synthétique des différentes méthodes de traitement du placenta prævia*

DEUXIÈME PARTIE. — Placenta prævia compliqué.

TROISIÈME PARTIE. — Statistiques et observations.

Paris. — Imprimerie G. ROUGIER et Cie, rue Cassette, 1.